

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

230 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy DEFOULOUY

Né le 1^{er} mars 1901 à Pont-Château (L.-Inf.)

CONTRIBUTION

à l'étude de la Myomectomie abdominale
dans les Fibromes gravidiques

Président, M. J. L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

250

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy DEFOULOY

Né le 1^{er} mars 1901 à Pont-Château (L.-Inf.)

CONTRIBUTION

à l'étude de la Myomectomie abdominale
dans les Fibromes gravidiques

Président, M. J. L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPPERSON.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILHAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
EASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
L. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
NOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils..	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIPPENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
COUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LERREBOULLET. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBREDANNE. Clinique chirurgicale
fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique et
FREY.....		l'adulte pour les accidentés du travail,
N.		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
LEDOUX-LEBARD.....		
		Stomatologie.
		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE LE DOCTEUR A. DEFOULLOY

A MA MÈRE

A MON GRAND'PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MON ONCLE, A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine

Chirurgien à l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GAUDIN

Chirurgien-suppléant des Hôpitaux de Nantes

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses conseils.*

*En témoignage de reconnaissance pour
ses précieux enseignements et sa
grande bienveillance.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS EMILE BUREAU, GENDRON,
GUSTAVE BUREAU, GOURDET, MAURICE
BUREAU, GUILBAUD, MOISNARD,
LERAT, THIBAUT.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*

*En reconnaissance de leurs précieux
enseignements.*

Contribution à l'étude de la myomectomie abdominale dans les fibromes gravidiques

INTRODUCTION

Si les cas de fibromyomes de l'utérus chez des femmes jeunes, n'ayant pas atteint trente ans, semblent assez rares, leur fréquence entre cet âge et celui de la ménopause, présente un intérêt capital au point de vue de l'évolution des grossesses possibles.

Tantôt la grossesse compliquée de fibrome suivra son cours normalement, la présence de la tumeur n'arrêtant pas le développement de l'œuf; tantôt, au contraire, le fibromyome sera une source de graves complications, présentera des phénomènes de torsion de nécrobiose, entraînera des hémorragies, ou, s'enclavant dans le petit bassin et empêchant l'ascension abdominale de l'utérus, fera redouter à coup sûr les plus dangereux accidents dystociques au moment de l'accouchement.

Dans tous les cas, la grossesse modifie l'évolution des fibromes : elle donne un coup de fouet aux tumeurs fibreuses, qui augmentent de volume.

Les rapports des fibromes et de la gravidité ont

été étudiées par beaucoup d'auteurs ; ceux-ci se sont efforcé de déterminer la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée de fibromes, et de poser les indications d'une intervention chirurgicale ou obstétricale. Dans ces ouvrages, le traitement chirurgical est considéré comme un pis aller : Il doit rester un traitement d'exception, auquel il ne faut avoir recours qu'en dernier ressort.

Cette manière de voir s'explique aisément, si l'on considère que les interventions chirurgicales proposées et discutées sont radicales, l'opération de Porro, l'hystérectomie totale ou sub-totale, précédées ou non de l'opération césarienne, ne laissant plus à la femme l'espérance de grossesses futures.

Par contre les tendances actuelles, plus interventionnistes, décernent à la myomectomie la place d'honneur parmi les interventions à pratiquer dans les fibromes gravidiques.

De fait, cette intervention, radicale en ce qui concerne le traitement du fibromyome, permet l'évolution normale de la grossesse, ne condamne pas l'opérée à la stérilité, et semble bien l'intervention de choix, toutes les fois qu'elle sera praticable.

Nous nous sommes efforcé de réunir quelques observations de myomectomies pour fibromes gravidiques. Après un historique rapide de la question, résumant les tendances anciennes et modernes, nous nous efforcerons de déterminer ses indications au cours de la grossesse, de signaler ses avantages, ses inconvénients, et de faire valoir ses résultats.

L'idée de ce travail nous fut inspirée par notre maître, M. le Docteur Gaudin, qui eut l'occasion de pratiquer avec succès plusieurs myomectomies dans des cas analogues. Nous remercions M. le Docteur Gaudin ainsi que M. le Docteur Moissard, accoucheur des Hôpitaux de Nantes, des conseils et des renseignements qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Nous remercions également Monsieur le Professeur J. L. Faure du grand honneur qu'il consent à nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La question d'une intervention chirurgicale au cours d'une grossesse compliquée de fibromes fut très controversée ; les uns étaient abstentionnistes ; c'étaient presque tous des accoucheurs qui avaient vu des grossesses dans un utérus fibromateux évoluer jusqu'au terme et l'accouchement se faire sans incidents ; les autres étaient interventionnistes à outrance, presque tous chirurgiens, qui avaient été appelés près des malades dans des cas graves, et qui avaient été témoins d'accidents menaçants pour la vie de la mère ou l'évolution de l'œuf.

La discussion de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris en 1901, précise les conditions de toute intervention pour fibrome gravidique au cours de la gestation. Il ressort de cette discussion « que les femmes enceintes atteintes de fibromes ont le plus souvent une grossesse exempte de complications, qui évolue jusqu'au terme malgré le volume excessif de certains fibromes ; que par conséquent, l'intervention, au cours de la gros-

sesse compliquée de fibromes doit être exceptionnelle, et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves ; que, cependant, il ne faudra pas attendre une gravité des accidents telle, que ceux-ci soient au-dessus des moyens thérapeutiques. »

En France, ces conclusions furent adoptées par les accoucheurs Pinard, Bar, Ribemont-Dessaignes, Lepage. Elles furent suivies par un certain nombre de chirurgiens : Routier, Quénu, Delbet, Lafond, Monprofit, Delagénère, Pozzi. Ce dernier écrit : « L'expectative est une règle à peu près absolue ; alors même que, durant la grossesse, le volume, la situation, l'immobilité de la tumeur donneraient l'assurance que l'accouchement sera laborieux, voire même impossible, ou ne sera pas autorisé à sacrifier l'enfant, il faudra attendre le terme de la grossesse ou le début du travail ; c'est alors seulement, suivant les circonstances, qu'on se décidera à intervenir. L'intervention n'est légitimée pendant la grossesse que quand surviennent des accidents graves pouvant compromettre la vie de la femme. Ces accidents présentent au point de vue de l'intervention une importance très inégale. Les troubles de compression, les hémorragies, sont ceux qui le plus souvent conduisent à l'intervention. Les autres ne sont importants qu'en raison de leur retentissement sur l'état général. Quoiqu'il en soit, lorsque la situation paraît dangereuse, lorsque la vie de la femme paraît directement menacée, il ne faut plus temporiser, il faut intervenir d'urgence. »

En Allemagne, l'opinion des principaux gynécologues, Hofmeier, Olshausen, Wertheim, est conforme à celle des accoucheurs français. Cependant, quelques auteurs considèrent encore que la coexistence du fibrome avec la grossesse, même en dehors de tout accident grave, est un danger dont il faut délivrer la femme.

En France, il faut citer parmi les interventionnistes, Richelot, J.-L. Faure, Schwartz, qui posent pour la femme l'état de « légitime défense ». Les Américains sont volontiers interventionnistes. Marx écrit : « Toutes les complications provenant du fibrome doivent être traitées chirurgicalement. »

Dans l'histoire des interventions chirurgicales au cours de la grossesse, quelle place est faite à la myomectomie ? Nous rappelons tout d'abord, que la myomectomie vaginale fut tentée pour la première fois, vers 1586 par Hauck.-Ogden, Mayo Robson, Vautrin, ont ensuite énucléé de volumineux fibromes par voie vaginale.

La myomectomie abdominale, tentée avant l'apparition de la méthode listérienne, abandonnée à cause de ses nombreux accidents, puis vulgarisée en 1873 par Martin de Berlin, fut appliquée au traitement des fibromes, compliquant la grossesse dès qu'elle entra dans la pratique chirurgicale.

Péan, en décembre 1874, pratique une myomectomie, chez une femme enceinte de 5 mois, pour une tumeur fibrokystique. La malade guérit, mais avorte le lendemain de l'opération.

En France, le deuxième cas de myomectomie au cours de la grossesse, rapporté dans la littérature médicale, est celui de Routier qui en fit la communication à la Société de Chirurgie en 1886.

En Amérique, la première myomectomie abdominale fut faite par Ogden en 1885.

De 1890 à 1900, les chirurgiens tant en France qu'à l'étranger pratiquent fréquemment la myomectomie. Dans sa Thèse « Paris 1914 », Fontaine relève de 1886 à 1894, vingt-six observations.

Les résultats pour la mère et l'œuf sont très variables, mais il semble qu'au fur et à mesure que les règles de l'asepsie se précisent et que la technique opératoire se perfectionne, les suites opératoires soient moins sérieuses pour la mère et l'avortement moins fréquent.

Entre 1900 et 1914, Fontaine n'a pu réunir que vingt-sept cas de myomectomie au cours de grossesses compliquées de fibromes. Sauf une ou deux exceptions, les résultats opératoires furent excellents ; la malade guérit, mena sa grossesse à terme, et l'accouchement se fit dans de bonnes conditions.

Deux raisons peuvent expliquer le petit nombre des cas d'opérations conservatrices relatées : ou bien, la myomectomie étant considérée comme une opération facile, les chirurgiens et les accoucheurs ne prennent plus souci de publier ses résultats, ou bien les discussions de la société d'obstétrique, de gynécologie, et de pédiatrie de Paris ont précisé, en

1901, les indications de la myomectomie, et cette intervention n'est plus tentée que rarement.

Quelques auteurs se sont attachés à préciser les indications spéciales de la myomectomie. Au premier rang de celles-ci il faut citer la torsion des fibromes utérins sous-péritonaux. Piquaud et Leme-land, dans un article de la revue de gynécologie « 1909 » écrivent : « Lorsque la torsion se produit chez une femme enceinte, une intervention chirurgicale immédiate nous paraît indiquée ; en présence d'une torsion à évolution lente, ne présentant pas de signes réactionnels bien accusés, on peut être tenté d'attendre la fin de la grossesse avant d'intervenir ; une pareille conduite nous paraît dangereuse pour la mère et pour l'enfant. »

Blanchard relate, dans sa thèse, l'opinion du professeur Pinard : « Chez toute femme enceinte chez laquelle il se produit une torsion d'une tumeur au voisinage de l'utérus, qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, d'un hydrosalpinx ou d'un fibrôme, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de la tumeur, car il est impossible de savoir si ces accidents de torsion n'entraîneront pas des complications redoutables et n'obligeront pas à intervenir d'une manière un peu tardive, et dans des conditions moins favorables que celles dans lesquelles on aurait opéré plus tôt. » Le Dr Pinard n'étant pas habituellement interven- tionniste, son témoignage nous a paru précieux.

En 1902, Grosse, aux conclusions de sa thèse, écrit : « Lorsque chez une femme enceinte les acci-

dents gravidiques causés par le fibrome menacent la vie de la femme, et qu'il y a lieu d'intervenir au cours de la grossesse, on pratiquera, s'il est possible, la myomectomie en laissant l'utérus intact, c'est une intervention de choix ».

En 1907, Burty et Jamain précisent le moment de choix pour intervenir sans danger pendant la grossesse, en se basant sur la situation du fibrome et les accidents qu'il détermine.

En Allemagne, Landau, Bäum, Tauser, Scipiades, s'attachent à préciser les indications de la myomectomie vaginale et abdominale. Ils se tiennent dans une sage réserve, car ils pensent que pendant la grossesse, tant que le fœtus n'est pas viable, il ne faut intervenir que s'il y a danger imminent pour la mère. Schoepp étudie les complications de la myomectomie abdominale. Stratz fut d'abord partisan d'une conduite active, mais en tenant compte de l'individualité des cas.

En Russie, les avis sont très partagés, suivant les résultats obtenus. Lembergsky, Jacobson, Jastriomb-sky pratiquent volontiers l'ablation des fibrômes gravidiques. Grégorief, Karkouchine, Néjolor ne sont pas partisans de l'opération conservatrice.

Les chirurgiens américains sont très interventionnistes; cependant quelques-uns d'entre eux attendent l'apparition d'accidents menaçants. Ralph Valdo Lobestine, en particulier, pense que l'ablation du fibrome est rarement indiquée pendant la

grossesse. Il est, en tout cas, partisan de l'opération conservatrice.

Enfin, parmi les travaux contemporains, citons la thèse de Fontaine qui fait, en 1914, une étude détaillée des indications de la myomectomie et de sa technique.

Il semble qu'actuellement la myomectomie soit entrée dans la chirurgie courante et que les chirurgiens ne se donnent plus la peine de publier tous les cas de myomectomie qu'ils pratiquent. Cependant, en 1920, Heineck, de Chicago, remit une statistique de 380 observations de fibromes de l'utérus, compliquant la grossesse, les unes recueillies dans la littérature médicale, les autres personnelles et inédites, toutes suivies d'un traitement chirurgical. En tous cas, dans les publications actuelles se retrouvent les mêmes tendances interventionnistes ou temporisatrices dont nous avons précédemment parlé; les indications de la myomectomie semblent variables pour chaque auteur, et c'es le rapport de Labbey, au Congrès de chirurgie de 1924 qui nous paraît les mieux résumer à l'heure actuelle.

INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE

Rien ne nous semble plus difficile que d'établir une règle générale de conduite à observer devant un fibrome compliquant la grossesse. Pour les chirurgiens américains, la question est toute simple ; Heineck écrivait encore tout récemment : « Lorsque, chez une femme enceinte, les fibromes donnent lieu à des symptômes qui permettent de reconnaître la tumeur, il importe d'opérer ; une opération précoce est compatible avec des mesures conservatrices, alors qu'un retard possible peut nécessiter le sacrifice de l'utérus ».

Nous sommes loin de partager cette manière de voir, et les chances d'interruption de grossesse que la myomectomie fait courir à l'opérée ne sont pas comparables à celles, moins nombreuses, que peut entraîner le fibrome.

Car c'est une opinion généralement admise en obstétrique que si, durant la grossesse, les fibromes modifient leur structure, augmentent de volume, prennent un aspect œdémateux spécial et se ramollissent, ils sont, de par ce ramollissement même, rarement un obstacle sérieux à l'accouchement, et peuvent même présenter une régression notable, voire une disparition, dans les derniers mois de la

gestation. Pinard, à ce sujet, va même jusqu'à prétendre que la grossesse est le meilleur moyen curatif des fibromes, de même qu'elle en est le meilleur moyen prophylactique.

Mais si l'évolution normale de la grossesses est la règle, si l'accouchement se passe ordinairement avec facilité, il n'en est pas toujours ainsi. Le fibrome peut se trouver dans une situation telle que sa présence constituera un obstacle au cours du travail et deviendra une cause de dystocie; c'est le fibrome *prævia*. D'autre part, l'augmentation de volume de l'utérus du fait du développement du fœtus, auquel s'ajoute le volume de la tumeur qui subit parfois un accroissement rapide, ou s'enclave dans le bassin, peut entraîner des troubles graves de compression viscérale. Enfin, les modifications que la gravidité apporte dans la nutrition des fibrômes y déterminent quelquefois des dégénérescences pouvant être le point de départ d'accidents fort sérieux, et un fibrome pédiculé, se tordant sur son pédicule, ou entraînant la torsion axiale de l'utérus, pourra déterminer, du fait de cette torsion, des décollements placentaires avec menace imminente d'abortum et des symptômes dramatiques, avec réaction péritonéale, commandant une intervention immédiate.

Nous allons donc essayer de dégager les indications de la myomectomie.

En cas d'accidents dystociques possibles,

En cas de troubles d'ordre mécanique,

Puis, nous insisterons tout spécialement sur les

accidents de torsion et de nécrobiose du fibrome, qui nous paraissent réaliser les indications péremptoires de l'intervention. Enfin nous recherchons s'il ne peut se présenter d'autres accidents, réalisant une indication moins formelle que les précédentes, et où la conduite du chirurgien, sans reposer sur des règles uniformes, sera faite de bon sens clinique et de sage opportunisme.

I. — *Indications opératoires tirées de la situation du fibrôme pouvant faire redouter la dystocie.*

Le fait qu'un fibrôme est praëvia, c'est-à-dire qu'il occupe le segment inférieur, doit-il commander son ablation dès qu'il est constaté au cours de la grossesse, en prévision des accidents qui peuvent survenir au moment de l'accouchement ? Doit-on, au contraire attendre le début du travail pour intervenir ?

L'étude des faits montre que bien souvent des tumeurs pelviennes qui, de par leur situation pendant la grossesse, semblaient devoir être une cause de dystocie se moulaient au moment du travail sur les parois du bassin, s'étalent, se laminent, et permettent un accouchement jugé impossible. Dans d'autres cas, ces tumeurs subissent dans les dernières semaines de la gestation une ascension abdominale qui dégage le bassin, et permet à l'accouchement de se faire spontanément. Varnier, Boursier, au Congrès de Nantes en 1901, Lepage, ont insisté sur l'impos-

sibilité de prévoir avant la fin de la grossesse, ou même le début du travail, qu'un fibrome sera sûrement dystocique, et les observations ne manquent pas, où tout étant près pour la césarienne, l'accouchement s'est fait spontanément.

Moins la tumeur est grosse, plus elle est molle, et plus l'ascension vers l'abdomen aura des chances de se faire. Mais c'est surtout la situation du fibrome par rapport à l'utérus qui a de l'importance à ce point de vue : les fibromes de la partie antérieure ou latérale du segment inférieur ayant beaucoup plus de chances de s'élever, même quand ils sont volumineux, que ceux de la paroi postérieure, en raison de l'enclavement dans la concavité sacrée.

En somme, quand le fibrome siège dans le Douglas, on ne doit guère escompter un accouchement spontané. Doit-on pratiquer une myomectomie au cours de la grossesse dans un cas de fibrome enclavé dans le Douglas? Nous ne le pensons pas. Il s'agit généralement d'un fibrome largement sessile; outre les difficultés du désenclavement, nécessitant sur l'utérus des manœuvres brutales qui pourraient compromettre l'évolution de la grossesse, outre les difficultés d'assurer l'hémostase parfaite de la vaste plaie utérine résultant de l'énucléation, on expose la femme, sans nécessité absolue, à une intervention qui peut être longue et délicate, et l'on risque de blesser l'œuf au cours des minutieuses manipulations d'hémostase.

Devra-t-on alors réserver la myomectomie pour le dernier mois de la grossesse, après l'avoir fait précéder d'une césarienne ? Il nous semble que, si près du terme, l'hystérectomie sub-totale paraît plus indiquée. La myomectomie, à cette période, serait encore plus pénible, l'hémostase encore plus difficile à assurer, le shock opératoire certain, vu la longue durée obligatoire de l'intervention. — Notons cependant que cette myomectomie près du terme est entrée dans la pratique courante de M. le professeur Brindeau, et Leroux rapporte dans sa thèse (Paris 1923), plusieurs cas analogues couronnés de succès.

En somme, la myomectomie, dans les fibromes praévias, ne nous semble présenter que des indications très restreintes; au moment du travail on pourra toujours espérer l'ascension d'un fibrome redouté dystocique, ou le laminage d'une tumeur enclavée.

II. — *Indications opératoires provenant des troubles d'origine mécanique.*

Les accidents mécaniques dus à la compression surviennent surtout dans les fibromes développés au niveau du segment inférieur, partie relativement fixe de l'utérus. En s'hypertrophiant au début de la grossesse, ils s'enclavent dans le petit bassin, et peuvent rapidement comprimer les organes voisins. Ces accidents sont souvent très gra-

ves pour la mère et constituent une indication formelle à l'intervention.

a) *Compression du rectum.*

Quelquefois la compression est très marquée; on peut observer chez les malades un syndrome d'occlusion intestinale, avec nausées, vomissements d'abord alimentaires puis bilieux et tardivement fécaloïdes, arrêt absolu des matières et des gaz. Par le toucher rectal on sent une tumeur qui déprime la paroi antérieure du rectum, et obstrue complètement sa lumière, ne laissant pas le passage du doigt.

Habituuellement, les accidents ne sont pas oussi graves; la femme se plaint d'une constipation persistante, bientôt opiniâtre et rebelle aux lavements et aux purgatifs; dans ces cas, il est rare que des troubles digestifs n'apparaissent pas, et que l'état général ne s'altère pas, altération en rapport avec la stercorémie pour certains auteurs, avec la colibacillémie pour d'autres.

b) *Compression de l'urèthre.*

Cet organe peut être comprimé; soit par l'utérus, qu'une tumeur fibreuse refoule en avant, soit par un petit fibrome, de la partie antérieure du segment inférieur, coincé sous la symphyse pubienne.

Tantôt il y a rétention vésicale incomplète; les mictions sont impérieuses, fréquentes, pénibles; le plus souvent, après la miction la malade conserve le besoin d'uriner, le globe vésical reste appréciable à la percussion au-dessus de la symphyse.

Tantôt elle est complète, toutes les tentatives que la malade fait pour uriner restent vaines ; il faut la sonder. Un nouveau danger est alors à craindre : l'infection de la vessie et des voies urinaires ascendantes, le mauvais fonctionnement de l'appareil urinaire créant un état de réceptivité spécial du rein.

c) *Compression des urètres.*

Dans la compression unilatérale, on peut constater un état douloureux du rein correspondant ; la rétention rénale est plus accentuée, on peut voir apparaître une uronéphrose qui s'infecte quelquefois secondairement, donnant lieu à une pyonéphrose ou à une pyélonéphrite.

Les compressions bilatérales donnent lieu à des troubles analogues, mais elles sont surtout la cause d'une complication grave : l'anurie.

Enfin, certains auteurs font jouer un rôle important à la compression des urètres dans la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie.

d) *Compression nerveuse.*

L'irritation du plexus sacré par la tumeur fibreuse se traduit par des douleurs siégeant dans le bas ventre, au niveau de la région sacrée, et s'irradiant vers le périnée, les membres inférieurs. Elles sont très variées, tantôt continues, tantôt intermittentes ; elles donnent lieu à une sensation de tension, de pesanteur ; tantôt aiguës, elles sont comparées par les malades à des tiraillements. Très souvent elles se présentent sous la forme de crampes et de

névralgies, du type crural, sciatique ou obturateur. Les douleurs se calment souvent par le repos ; s'exagèrent par la marche qui peut devenir impossible. Quelquefois, la malade doit renoncer à ses occupations journalières et est confinée au lit.

e) *Compression veineuse.*

La compression des troncs veineux du petit bassin se traduit par l'apparition de varices au niveau des membres inférieurs, d'œdème, qui peut remonter assez haut sur l'abdomen. Les femmes enceintes ont une tendance aux thromboses et il faut toujours craindre l'apparition d'une phlébite.

En outre, on peut observer une modification concomitante de l'état général ; une malade de Delagènière présentait de la cyanose de la face et des extrémités.

En résumé, les troubles de compression peuvent fournir des indications opératoires formelles. En cas d'occlusion intestinale, d'anurie par obstruction bilatérale des uretères, il faut extirper d'urgence l'agent compresseur.

Mais ces cas, sans être exceptionnels, sont des raretés cliniques. Les troubles de compression disparaissent généralement ou tout au moins s'atténuent dans les derniers mois, à mesure que l'utérus opère son ascension abdominale, suffisamment pour qu'on soit autorisé à l'expectative. D'ailleurs, si par suite de l'enclavement ou de l'intensité des troubles, on est en droit d'intervenir, la laparatomie conduit souvent sur une tumeur dont la disposition anaomi-

que et la situation par rapport à l'utérus, ne permettent pas la myoméctomie conservatrice.

III. *Indications provenant de la torsion d'un fibrome pédiculé.*

La torsion des fibromes pédiculés de l'utérus est, comme le fait remarquer Blanchard, particulièrement fréquente chez les primipares âgées. Ce sont surtout les tumeurs fibreuses insérées sur le fond, les cornes ou les bords latéraux de la matrice, qui sont exposées à la torsion de leur pédicule. Cette torsion est favorisée par des circonstances occasionnelles diverses, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Il est d'usage d'établir une distinction clinique entre les accidents entraînés par la torsion brusque et ceux entraînés par la torsion lente du pédicule.

a) *Torsion brusque :*

Le plus habituellement, dans la torsion aiguë, une douleur abdominale vive ouvre la scène. Survenant en pleine santé apparente, elle est violente, syncopale et soudaine, en coup de poignard, les malades la comparent à une sensation de déchirement, d'arrachement des entrailles.

D'abord localisée au niveau du fibrome, elle ne tarde pas à s'irradier en différentes directions, vers le creux épigastrique, la région lombaire, les cuisses, la fosse iliaque. Plus tard, elle finit par se généraliser. Cette douleur est spontanée, mais toujours

exagérée par la prévision locale, le contact des vêtements, et surtout la position debout; aussi oblige-t-elle la malade à s'aliter immédiatement.

Bientôt éclatent des phénomènes de réaction péritonéale, des vomissements se déclarent; d'abord alimentaires, ils ne tardent pas à devenir bilieux puis porracés. Le facies est grippé; les yeux sont cernés; les traits se tirent, la langue est sèche et l'anorexie complète. Le pouls devient fréquent, petit, filiforme, il existe une discordance entre la température et le pouls qui peut atteindre 110, 120 pulsations, alors que celle-ci reste normale.

Le syndrome péritonéal se traduit encore par la respiration rapide et superficielle, et le météorisme abdominal plus ou moins prononcé.

L'insection du ventre nous renseignera sur son volume, sa tension, son météorisme sous lequel se dessinent parois les anses intestinales.

Grâce à la palpation, on parviendra à délimiter deux tumeurs distinctes; l'une, contractile au niveau de laquelle on pourra parfois sentir les mouvements actifs du fœtus, n'est autre que l'utérus gravidé; l'autre, plus ou moins arrondie et mobile est constituée par le fibrome. Cette palpation sera souvent délicate, étant donnée la douleur qu'elle occasionne au niveau de l'abdomen hyperthésié; combinée au toucher vaginal elle permettra d'apprécier la fixité de la tumeur, la torsion ayant réduit la longueur du pédicule et se permettant plus le ballottement.

Ces symptômes, que Gubler a appelés d'un mot commode, le péritonisme, car il n'implique pas l'idée d'infection, mais exprime simplement une réaction péritonale, sans doute d'origine sympathique, commandent l'intervention immédiate. Mais la torsion d'un fibrome pédiculé ne revêt pas toujours une allure aussi dramatique.

b) *Torsion lente.*

La torsion peut s'établir lentement, et il devient difficile d'en donner une description précise. Tant qu'elle n'entrave pas d'une façon marquée la circulation du fibrome, les accidents qu'elle provoque ne présentent rien de bien caractéristique. On ne constate guère qu'une douleur abdominale légère sous l'influence de la marche et du travail, une sensibilité générale de l'abdomen, avec point douloureux correspondant à l'emplacement du fibrome et d'autant plus net que le fibrome est plus superficiel et plus directement perceptible sous la paroi abdominale.

Enfin, la torsion peut s'établir par poussées aiguës successives avec péritonisme; les accidents rentrant dans l'ordre pour faire place à une période d'accalmie.

Ainsi tordue, la tumeur présentera rapidement d'importantes modifications structurales; d'abord œdème considérable, par suite de l'oblitération partielle ou totale des veines, du pédicule, oblitération qui supprime la circulation en retour, puis

thrombose et foyers apoplectiques au niveau de la tumeur. L'apoplexie myomateuse peut aller dans certains cas jusqu'au sphacèle, avec menace imminente de péritonite pour la malade. Au lieu d'évoluer vers le sphacèle, le fibrome à pédicule tordu pourra subir diverses dégénérescences ; l'atrophie simple, les dégénérescences graisseuse, sarcomateuse ou calcaire ont été signalées. Enfin, le processus de torsion, se continuant, pourra entraîner la rupture du pédicule.

Ainsi, la torsion d'un fibrome pédicule fait courir à la malade une série de risques d'importance variable, mais pouvant aller jusqu'à la péritonite généralisée ; en outre, le fibrome, ainsi tordu, exerce sur l'utérus une forte traction, qui peut entraîner la torsion de l'organe sur lui-même, et par l'excitation qu'il apporte à la fibre utérine, peut déterminer la contraction de l'organe, et partant, l'avortement. Il faut donc agir de toute nécessité : il ne saurait être question de temporiser, la mère et l'enfant se trouvant également exposés.

IV. — *Indications basées sur la nécrobiose du fibrome*

En dehors de tout accident de torsion, on peut constater, au niveau des fibromyomes utérins, des altérations dégénératives marquées, d'étiologie encore imprécise, mais dans laquelle l'état de gravité joue un rôle nettement électif, puisque ces

altérations sont presque l'apanage des fibromyomes gravidiques. Nous voulons parler de la nécrose aseptique, de la nécrobiose des noyaux fibreux dont Leroux nous fait, dans sa thèse, une description très précise, et qui constitue pour Brindeau, une des principales complications des fibromes gravidiques.

L'infection et la gangrène du fibrome ne se rencontrent pour ainsi dire jamais pendant la grossesse, mais seulement après l'expulsion du produit fœtal, que celle-ci se produise à terme ou prématurément. Encore ne faudrait-il pas l'affirmer d'une manière trop absolue ; Ch. Martin, dans une observation parue dans la thèse de Joubert, a rapporté un cas de suppuration avec infection du fibrome au cours de la grossesse, et récemment, Laffont, dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, rapporte deux cas de péritonite puerpérale à strotococcoques, consécutives à des nécroses de fibromes tordus. Tout au plus peut-on prétendre que de telles infections constituent des raretés cliniques ; de même que la dégénérescence maligne d'un fibrome au cours de la grossesse.

En revanche, la nécrobiose est particulièrement fréquente. Considérée comme rare jusqu'à ces dernières années, elle passe bien souvent inaperçue, soit par erreur de diagnostic, soit du fait de la bénignité, de la fugacité, parfois même de l'absence des accidents cliniques qui la traduisent. De fait, on n'a vu d'abord que des formes grossières, accusées par

quelques symptômes évidents, puis au fur et à mesure qu'on s'est avancé dans la connaissance des faits, on a appris à déceler les formes frustes et discrètes.

Sans nous étendre longuement sur l'étiologie et la pathogénie de cette nécrobiose, dont nous connaissons déjà une partie avec la torsion des tumeurs pédiculées, disons qu'elle est intimement liée à la gravidité, se rencontre le plus souvent entre le deuxième et le sixième mois de la gestation et reconnaît, comme point de départ, quelle que soit la théorie explicative invoquée, l'ischémie provoquée au niveau de la tumeur par l'état de gravidité.

Ces fibrômes nécrobiosés sont généralement de consistance diminuée, donnent une impression de mollesse particulière, pseudo-kystique. Le doigt s'enfonce dans une masse pateuse, qui est entourée d'une coque plus ou moins épaissie. La surface de section présente une coloration qui varie du rouge au jaune chamois, généralement peu uniforme, tachetée de points sombres qui sont des foyers apoplectiques; et certaines tumeurs pseudo-kystiques, sont parsemées de cavités remplies d'un liquide gélatiniforme, parfois franchement hémattique (pour une description plus détaillée du fibrôme nécrobiosé, nous renvoyons à la thèse de Leroux-Paris 1923.

Le début clinique de la nécrobiose des fibrômes peut se manifester d'une façon variable au cours de

la gestation; il peut être aigu, subaigu ou chronique.

a) *Début aigu.*

C'est, dans la généralité des cas, des douleurs qui ouvrent la scène : brusquement la femme est prise d'une douleur soudaine qui la contraint à s'aliter. Cette douleur s'accompagne parfois de phénomènes nauséux et d'une brusque élévation thermique, qui donnent à l'ensemble du syndrome une note péritonitique.

b) *Début subaigu.*

Dans les cas à débuts moins violents ce sont encore les phénomènes douloureux qui attirent l'attention sur la tumeur. La malade est prise de légères douleurs qu'elle localise au bas-ventre et qui arrivent surtout à l'inquiéter par leur persistance. Puis, ces douleurs deviennent plus intenses et finissent par alarmer la malade.

Dans le même ordre de faits il y a lieu de décrire un autre mode de début qui consiste en une augmentation rapide du volume de la tumeur. En quelques jours, on voit la paroi abdominale se distendre, la respiration devenir difficile par refoulement du diaphragme, des phénomènes de compression des organes vasculaires, nerveux et viscéraux se développer et de très grosses erreurs de diagnostic peuvent en résulter. Parallèlement à cette hypertrophie, se développent des phénomènes douloureux et une altération de l'état général plus ou moins

marquée ; c'est le fibrome à marche galopante de Pozzi.

c) *Débuts d'allure chronique.*

Dans les formes à début chronique, dominent les douleurs diffuses, les sensations pénibles, mal définies, concordant avec des troubles divers de l'état général, amaigrissement, lassitude, anémie.

Période d'état.

(Symptômes fonctionnels). — Le symptôme constant de la nécrobiose est la douleur, à tel point qu'il faut y penser chaque fois qu'un fibrome, jusque-là indolore, présente des phénomènes douloureux, et qu'il faut tenir pour douteux un cas clinique où l'élément douleur fait défaut.

Une fois établie, cette douleur est en général sourde, profonde ; son caractère le plus constant est sa fixité, elle siège au niveau même du fibrome ; elle est révélable par la palpation ou le toucher, suivant le siège de la tumeur. .

Elle présente peu ou pas d'irradiations, et c'est là un caractère important pour la différencier des douleurs de compression. Enfin, elle n'est pas fugace ; une fois établie, elle dure, peut s'atténuer, mais persiste malgré le repos au lit.

L'apparition de la douleur attire l'attention de la malade sur son abdomen, et c'est bien souvent pour elle l'occasion d'y découvrir une masse anormale dont elle ne soupçonnait pas l'existence. Enfin l'augmentation de volume du fibromyome demeuré

latent retentit sur l'état fonctionnel de la femme. Sans compter l'anxiété dans laquelle cette augmentation rapide de l'abdomen la plonge, on note également des phénomènes subjectifs ; pesanteur de l'abdomen, tiraillements dans le ventre, phénomènes de compression rectale et vésicale.

Symptômes généraux.

Assez caractéristiques sont les modifications de l'état général qui accompagnent si souvent la nécrobiose des fibromes ; ces malades ont maigri souvent d'une façon assez notable, le moindre effort les essouffle, les fatigue, elles s'anémient, et leurs téguments prennent un teint jaunâtre (Chavaunaz) bien en rapport avec la véritable toxémie qu'elles subissent.

Les symptômes fébriles sont très variables ; parfois la température est très élevée et se trouve en rapport avec la réaction péritonéale concomitante ; le plus souvent, elle est modérée, se maintient aux environs de 37,8; elle traduit alors la résorption des déchets cellulaires provenant du tissu atteint de nécrobiose aseptique. Cette fièvre aseptique est un signe de haute valeur séméiologique lorsqu'on la constate en dehors de toute annexité et de toute infection.

Signes physiques.

Les signes physiques traduisant la nécrobiose d'un fibrome varient d'un cas clinique à l'autre,

suivant que la dégénérescence nécrobiotique de la tumeur s'accompagne ou non de réaction péritonéale.

En dehors de toute réaction, l'inspection de l'abdomen nous montrera l'accroissement de celui-ci, accroissement non en rapport avec l'âge de la grossesse ; la palpation nous renseignera sur le ramollissement et surtout sur la sensibilité de la tumeur, car toute masse fibreuse jusque-là indolore, qui devient sensible à la pression doit être tenue pour suspecte, et traitée comme telle, comme nous le fait remarquer Leroux.

Enfin, le toucher vaginal et le toucher rectal nous donneront des renseignements analogues concernant le ramollissement possible d'un noyau fibreux ; tels sont les signes sur lesquels on pourra baser une possibilité de nécrobiose ; ils n'établiront d'ordinaire qu'une présomption en sa faveur, et surtout si le fibrome a été antérieurement méconnu, c'est un diagnostic erroné, soit grossesse extra utérine, soit kyste de l'ovaire ou salpinx tordu, qui décidera de l'intervention.

En cas de certitude de nécrobiose la laparatomie nous semble présenter des indications urgentes et indéniables. Une étude détaillée des multiples complications auxquelles les fibromes nécrobiosés exposent les femmes pendant leur grossesse, nous semblerait sortir du cadre de ce sujet. Contentons-nous de faire remarquer que le fibrome, bien que nécrobiosé, peut rester dystocique et l'avortement

qu'il peut entraîner présente toujours de terribles complications septiques. Dans le même ordre d'idées, la nécrobiose reste généralement aseptique pendant toute la durée de la gestation, mais au moment de l'accouchement son infection est la règle.

En conséquence, dans la pratique gynécologique et obstétricale, en dehors des accidents péritonitiques qui commandent une laparotomie d'urgence, tout fibrome qui, sans causes apparentes, devient douloureux et se maintient sensible à la pression, doit être considéré comme en voie de nécrobiose et commander une laparotomie.

S'ensuit-il que la myomectomie doive être jugée comme la seule intervention praticable, et doit-on bannir, par principe, l'hystérectomie sub-totale, du seul fait qu'on opère en milieu aseptique ? Evidemment non. Les fibromes pédiculés, ou sessiles, facilement énucléables, relèvent de la myomectomie. Mais si l'on tombe sur des noyaux nécrosés multiples, dont l'ablation pourrait dilacérer par trop l'utérus, ou sur une tumeur siégeant dans le fond du petit bassin, ou implantée au niveau du col, on préférera l'hystérectomie.

Comme règle générale de conduite, on s'inspirera des difficultés variables que présente l'extirpation isolée de la tumeur et on préférera la myomectomie à l'hystérectomie chaque fois que celle-ci ne fera pas courir à la malade des risques trop grands d'abortum, et chaque fois qu'on pourra la pratiquer

sans occasionner au niveau du muscle utérin un trop vaste délabrement, source possible de rupture au moment de l'accouchement, surtout s'il siège au niveau du segment inférieur.

V. — *Autres possibilités d'indication.*

En plus des indications opératoires que nous venons de passer en revue, nous devons envisager plusieurs points qui ne trouvent pas place dans les catégories envisagées. Tel est le cas des hémorragies et des menaces d'avortement.

a) *Hémorragies.*

En présence d'une métrorragie, l'indication opératoire est discutable, et il est difficile de poser une règle générale. Si celle-ci est subordonnée à un fibrome du col, le doute n'est pas possible, on doit intervenir ; mais nous n'avons pas à nous occuper ici de la myomectomie vaginale.

Le plus souvent elle est conditionnée par l'existence d'un fibrome interstitiel ou sous-muqueux, cette dernière variété de fibrome se compliquant d'une endométrite qui favorise l'hémorragie. Dans ce cas, l'intervention chirurgicale serait dangereuse ; on ne saurait tenter d'intervenir sans courir de gros risques d'avortement, et telle opération décidée dans un but conservateur, pourrait bien aboutir à une hystérectomie.

Aussi la règle doit-elle être de s'abstenir, à moins que l'hémorragie ne mette la vie de la femme en danger.

b) *Avortement.*

L'avortement, dans les cas de fibromes gravidiques, reconnaît trois causes principales, ainsi que Lefour l'a montré dans sa thèse d'agrégation ; le fibrome peut provoquer des hémorragies, entraîner des contractions utérines prématurées, former un obstacle à l'extensibilité de l'utérus.

Nous connaissons la valeur des hémorragies en tant qu'indication opératoire. En présence des contractions utérines, il vaut mieux s'abstenir immédiatement de toute tentative chirurgicale, l'opération aurait peut être pour effet de hâter l'avortement que l'on désirait éviter. Plus tard, si l'avortement menace à nouveau, et dans l'intervalle des périodes où apparaissent les contractions utérines, on pourra tenter une intervention si la tumeur semble facilement extirpable.

Si l'avortement est, au contraire, conditionné par une gêne au développement normal de l'utérus, l'intervention semble moins discutable : il vaut mieux intervenir, mais à condition que la tumeur semble d'accès facile; il est toujours regrettable qu'une intervention commencée avec l'espoir de conserver l'utérus se termine par l'ablation de l'organe.

Haller a publié récemment l'observation d'une femme de 37 ans qui avait déjà eu deux fausses couches de trois mois et qui, après une myomectomie faite au troisième mois de cette troisième grossesse, mena cette dernière à terme et accoucha normalement.

Enfin dans certains cas de rétroflexion de l'utérus gravide, maintenu dans cette position par un fibrome antérieur, l'intervention, en enlevant la tumeur et en replaçant l'utérus, peut permettre à ce dernier de se développer normalement.

DE LA MYOMECTOMIE ABDOMINALE

SON MOMENT. — SA TECHNIQUE. — SES COMPLICATIONS IMMÉDIATES ET TARDIVES. — SON PRONOSTIC AU POINT DE VUE DES GROSSESSES FUTURES.

Quand pratiquer la myomectomie ? Il est difficile d'établir avec précision le moment électif où la myomectomie semble comporter pour la mère et l'enfant le pronostic le plus favorable, car l'intervention est, dans bien des cas, décidée en présence de symptômes alarmants qui ne permettent pas de la différer.

Il est un facteur primordial qu'on ne saurait méconnaître pour décider à quel moment on tentera la myomectomie, c'est l'âge de la grossesse, le degré de développement, et, par conséquent les chances de viabilité du fœtus. Deux cas sont à considérer : ou la grossesse a dépassé le cinquième mois, ou la grossesse est encore au début.

Sur un utérus de six à sept mois, il ne faut pas intervenir, à moins d'avoir la main forcée par des accidents menaçants : troubles de compression intenses, nécrobiose, réaction péritonéale, mauvais état général. L'avis des accoucheurs et des chirurgiens est unanime, il faut donc attendre la fin de la gros-

sesse. Avant le début du travail on fera une opération césarienne suivie ou précédée de myomectomie, ou plutôt une hystérectomie. Nous avons exposé plus haut les raisons pour lesquelles nous préférons l'hystérectomie à la myomectomie au moment du travail, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas particulièrement favorable.

Avec un utérus de cinq à huit semaines ou de trois à quatre mois la situation est différente. Lorsqu'un gros fibrome, par exemple, bloque le petit bassin, la malade souffre, s'intoxique du fait de la compression urinaire ou intestinale, elle a devant elle une longue période durant laquelle sa vie pourra se trouver sérieusement menacée.

Quant à l'enfant il a des chances de survivre, mais il a plus de chance de succomber. Il faut opérer dès que la situation devient sérieuse, sans attendre que des accidents vraiment graves fassent leur apparition.

Le moment de choix pour pratiquer la myomectomie est le troisième ou le quatrième mois. A cette époque, les accidents, lorsqu'ils existent, commencent et sont peu marqués, l'état général de la femme n'est pas profondément altéré, l'opération est plus simple, plus rapidement menée ; l'avortement moins à redouter.

Technique opératoire de la myomectomie abdominale.

Les soins préliminaires sont ceux de toute laparotomie.

Incision médiane sous-ombilicale. On va à la recherche de l'utérus gravide et de la tumeur. Celle-ci est libérée des adhérences qu'elle aurait pu contracter avec les organes voisins, puis elle est alors extériorisée en évitant de traumatiser l'utérus.

Ainsi, on se rendra compte de son point d'implantation et de ses connexions avec l'utérus.

Le manuel opératoire varie ensuite suivant que le fibrome est pédiculé, sessile, ou interstitiel.

1) *Fibrome pédiculé.*

Pédicule mince. — On peut faire l'hémostase préventive en passant dans le pédicule un double fil de catgut et en faisant une ligature entrecroisée en X; ou bien on sectionne directement le pédicule en le taillant en coin à 2 centimètres de son point d'implantation. L'hémostase est assurée secondairement par la suture profonde des bords de la plaie.

Pédicule volumineux. — Dans ce cas, il est préférable de faire, à une distance de son point d'implantation variable avec sa grosseur, une incision en collerette, qui intéresse le péritoine et les couches musculaires superficielles. On décortique la tumeur au doigt ou avec la pointe des ciseaux courbes, en suivant son plan de clivage. Celle-ci énuclée on passe des fils profonds et superficiels qui suppriment tout espace mort et assurent un affrontement exact des lèvres de l'incision.

b) *Fibromes sessiles ou interstitiels.*

Incision, sur la tumeur, de la sereuse et des couches musculaires, superficielles. Décortiquer le fi-

brome en rasant sa surface. Le danger ici est d'ouvrir la cavité utérine dont la tumeur est seulement séparée, dans certains cas, par la muqueuse.

La cavité a-t-elle été ouverte, ce qui n'est guère possible dans les fibromes sessiles : on poursuit l'opération comme dans les cas où la cavité utérine a été respectée, en faisant un capitonnage de la cavité résultant de l'enucléation du fibrome, et en suturant au-dessus la séreuse.

Le maximum de sûreté, dans cette intervention, réside dans une hémostase parfaite par capitonnage. Pour l'obtenir, Goullioud propose la technique suivante : il fait trois surjets successifs :

Un surjet de capitonnage de la poche du fibrome;

Un surjet de coaptation des tranches de la paroi utérine.

Un surjet séro-séreux, avec une aiguille courbe, non tranchante et un catgut fin.

c) *Fibromes intra-ligamentaires.*

Pour les aborder, il faut inciser le ligament large sur une étendue en rapport avec le volume du fibrome, et autant que possible, parallèlement à la direction de la trompe. Le fibrome, mis à nu, est décortiqué de l'enveloppe séreuse et du tissu cellulaire sous péritonéal qui l'entoure. Pendant cette manœuvre, il faut raser la surface de la tumeur pour ne pas blesser les uretères; l'utérus et la vessie. Les vaisseaux qui saignent sont pincés au far et à mesure.

La décortication terminée, le fibrome tient à

l'utérus par un ou plusieurs pédicules. Ceux-ci sont sectionnés et la brèche musculaire fermée par une suture en chaîne. Capitonage comme précédemment.

Le fibrome enlevé, faut-il drainer la cavité abdominale ? Certains chirurgiens lyonnais drainent systématiquement et laissent même le drain pendant dix jours jusqu'à l'ablation des fils; cependant Goulioud tend de plus en plus à se défaire de cette coutume.

Monod conseille de faire un tamponnement à la mickulicz.

Lorsque l'hémostase est parfaite il ne semble pas qu'il y ait intérêt à drainer; il ne saurait, en effet s'agir de drainer par crainte d'une infection, la myomectomie a dû s'opérer en milieu aseptique, et si l'on s'était trouvé exceptionnellement en présence d'un fibrome infecté, on lui aurait préféré l'hystérectomie. Quant au mickulicz il nous semble contre indiqué d'abord en vertu de son inutilité et surtout en raison des éventrations qu'il entraîne : la femme aura besoin plus tard d'une paroi intacte pour accoucher.

Par conséquent ne drainer, et quelques jours seulement, que s'il persiste un saignement sanguin au niveau de la plaie utérine.

Complications de la myomectomie.

Si les suites opératoires de la myomectomie sont en général satisfaisantes, il existe cependant des ac-

cidents immédiats, qui peuvent mettre en danger la vie de l'opéré ; ce sont les hémorragies secondaires ; les infections post-opératoires, l'embolie.

a) *Les hémorragies* sont très fréquentes, et quel que soit le soin apporté dans le capitonnage hémostatique et l'adossement des lèvres de la plaie utérine, il persiste souvent, dans les jours qui suivent l'opération, un suintement sanguin d'ailleurs léger : le sang se collecte dans le Douglas et forme un hématome qui se résorbe progressivement ; à ce moment les malades peuvent présenter une légère élévation de température, alors que le pouls ne se modifie pas et que l'état général reste bon. Il s'agit en somme d'une fièvre de résorption sanguine sans gravité.

b) *L'infection* est rare aujourd'hui ; exceptionnellement les jours qui suivent l'intervention, on peut voir se produire des hémorragies tardives plus graves que les premières et en rapport avec l'infection de la plaie utérine. L'hématome collecté dans le petit bassin peut suppurer, la température s'élève, des frissons apparaissent, le pouls s'accélère, l'état général s'altère. Enfin, parfois la malade présente le tableau clinique d'une péritonite aiguë ou d'une septicémie puerpérale ayant pour point de départ l'infection de la cavité utérine qui est quelquefois ouverte au cours de la myomectomie.

En principe, cette infection est évitée si l'on a soin de ne pratiquer la myomectomie qu'en milieu aseptique et de lui préférer l'hystérectomie quand le fibrome présente des lésions de gangrène.

c) L'*embolie* est une complication peu fréquente, mais presque toujours mortelle ; cet accident survient habituellement du 5^e au 6^e jour. Si la thrombose des sinus utérins relève le plus souvent d'une infection latente, il faut tenir compte cependant, dans sa pathogénie, des troubles antérieurs de l'appareil circulatoire. On sait que certaines femmes porteuses de fibromes utérins présentent des accidents cardiaques. Chez elles, doit se produire une grosse différence entre les conditions de la tension sanguine avant et après l'opération.

Enfin, parmi les complications les plus fréquentes de la myomectomie il faut citer l'avortement. Par suite des manœuvres souvent pénibles, exercées sur l'utérus au moment de l'intervention ; par suite de l'excitation apportée à la fibre musculaire utérine au moment des délicates manipulations d'hémostase, l'utérus peut entrer en contraction, décoller le placenta et l'avortement, d'ordinaire précédé de légères pertes sanguines en rapport avec le décollement placentaire, se produit dans les huit jours qui suivent l'intervention.

Il ne faut cependant pas s'exagérer la fréquence de cet avortement ; d'abord il peut se faire que, dans certains cas, il soit survenu sans l'opération, et c'est surtout après une intervention difficile qu'il faut redouter l'interruption de la grossesse. Enfin, depuis qu'on fait suivre systématiquement la myomectomie d'un lavement avec XXX gouttes de laudanum, et que l'on pratique régulièrement des injections de

morphine les jours qui suivent l'intervention, les statistiques nous apprennent qu'il est beaucoup plus rare.

Le pronostic s'est en effet considérablement amélioré depuis la publication des premières statistiques à ce sujet, et si Turner, en 1900, donnait une mortalité globale de 20 0/0 pour la mère et de 45 0/0 pour le fœtus (en y comprenant les effets des morts maternelles) ; si Bar et Brindeau, continuant cette statistique usqu'en 1904, mais en ne tenant compte que des cas postérieurs à 1901, trouvent encore une mortalité maternelle de 7,9 0/0; et une mortalité fœtale de 33 0,0 environ, les cas publiés pendant ces vingt dernières années permettent d'envisager la myomectomie au cours de la grossesse sous un jour infiniment plus favorable.

Cotte et Creyssel ont recueilli 85 cas publiés de 1907 à 1922 (83 myomectomies abdominales et deux myomectomies vaginales), nous y ajoutons, pour ces deux dernières années, 31 cas nouveaux de myomectomies abdominales groupés par Labbey dans son rapport au Congrès de Chirurgie (1924) (soit 29 colligés ci-dessous et 2 dont nous rapportons les observations complètes, dues à Brindeau, thèse Leroux.)

Or, sur ces 117 cas, il n'y a que deux morts maternelles, toutes deux par complications pulmonaires post- anesthésiques.

Le risque pour la mère est donc pratiquement nul.

Quand à l'évolution de la grossesse, nous voyons que sur les 109 cas où la chose est indiquée, l'accou-

chement eut lieu à terme sans incident 49 fois (une fois l'accouchement fut gemellaire), prématurément avec enfant vivant 3 fois ; dans 41 cas la grossesse continua sans que nous sachions comment s'est passé l'accouchement ; enfin, l'intervention ne détermina l'avortement que dans 18 cas, ce qui donne une mortalité foetale de 14,6 0/0.

Il nous reste encore à voir le bien-fondé de certains reproches adressés à la myomectomie abdominale.

La cicatrice, reliquat d'une myomectomie, peut-elle être une cause de dystocie, au moment de l'accouchement ?

Hubbard (dans l'Amér. J. Obst. Mars 1905), rapporte un cas de section césarienne pour dystocie consécutive à une myomectomie. La femme, âgée de 27 ans, à laquelle on avait énuclé un fibromyome de la paroi antérieure de l'utérus, avait eu, deux ans auparavant, un premier accouchement qui fut laborieux, et qui, à la suite d'une extraction pénible, se termina par la naissance d'un enfant mort. A un deuxième accouchement où les conditions se présentaient aussi défavorables, l'auteur pratiqua la section césarienne. Au cours de l'opération, il constata une zone de tissu cicatriciel, reliquat de l'énucléation antérieure, qu'en raison de l'absence d'autres causes il rendit responsable du développement défectueux de la matrice suivant son axe transversal.

L'interprétation du fait, donné par Hubbard, est peut-être vraie. Nous avons cherché d'autres cas

analogues dans la littérature médicale sans pouvoir en trouver. Si ce fait est unique en son genre, il ne constitue pas un argument bien sérieux contre la myomectomie.

Le second reproche est-il mieux établi ? doit-on redouter une rupture de l'utérus au cours de l'accouchement après l'enucléation du fibrome ?

« L'amincissement de l'utérus, causé par l'ablation d'un fibrome qui n'est pas toujours très nettement pédiculé, peut constituer, dit Jeannin, un danger sérieux lors d'une grossesse ultérieure. »

Bender pense que les fibromes sous-péritonéaux, dont on n'a qu'à sectionner le pédicule, pourront être enlevés sans danger, en conservant l'utérus, mais « des myomectomies traumatisantes dans lesquelles on enlève un ou plusieurs corps fibreux interstitiels et où l'on dilacère le tissu utérin profondément, parfois jusqu'au contact de la muqueuse, sont dangereuses. Les plaies déchiquetées, anfractueuses que l'on ait ainsi ne se cicatrisent pas, quelque soin qu'on mette à les réparer, et laissent forcément un point de moindre résistance. »

Bender a eu l'occasion de pratiquer chez une femme une myomectomie, puis, deux ans plus tard, d'enlever l'utérus pour d'autres fibromes. Il a remarqué un amincissement considérable de la paroi utérine aux points de la myomectomie avait été pratiquée.

Jeannin fit une hystérectomie pour « rupture imminente de l'utérus au cours du travail, dans un cas

de fibrome du segment inférieur précédemment énucléée. Remarquons que la malade de Bender n'a jamais été enceinte, et que Jeannin de son propre aveu « ne sait si la zone amincie correspond au niveau où a été pratiquée la myomectomie ».

Dans les observations que nous avons relatées, dans les autres rencontrées dans la littérature médicale, jamais on n'a signalé au moment de l'accouchement des menaces de rupture. Si celles-ci étaient à craindre, il faudrait se garder de toute hystérectomie. Or, on a pratiqué l'opération césarienne chez des femmes qui ont été à nouveau enceintes et chez lesquelles l'accouchement s'est fait sans menace de rupture. D'ailleurs, l'évolution des plaies utérines après les interventions chirurgicales est telle, qu'on n'a pu retrouver, même histologiquement, les traces de la cicatrice.

Enfin, un dernier point nous reste à élucider ; quel est l'avenir obstétrical des femmes myomectomisées ?

C'est une erreur de croire que la grossesse est trop exceptionnelle après la myomectomie pour qu'on ait à tenir compte de sa possibilité dans le parallèle entre la myomectomie et l'hystérectomie.

Contrairement à l'opinion des auteurs russes **Karkouchine** et **Néjolor**, l'auteur allemand **Engstrom** a démontré que la gravidité était possible après l'énucléation des fibromes utérins. Pour les femmes mariées qui ont moins de 40 ans, la grossesse s'observe chez 25 à 30 0/0 des opérées ; même dans les cas où la stérilité existait depuis longtemps, celle-ci peut

disparaître à la suite de l'opération, cela sous réserve que l'opérée soit bien portante dans son appareil génital, et que sa santé générale soit bonne. A ces conditions, l'utérus peut, sans complication, héberger l'œuf fécondé et le nourrir. Finalement, il peut de façon normale, expulser l'œuf à terme et ensuite se bien involuer.

Enfin, citons à ce sujet la statistique de Goulioud, de Lyon, rapportée par Benoît Gonin :

« Sur un ensemble de 74 cas, dont les plus récents remontent à 1913, Benoît Gonin conclut à un taux de fécondité de 20 0/0 pour les myomectisées et Goulioud, tablant sur des cas postérieurs à cette époque, semble admettre un pourcentage encore plus élevé.

1. *Audebert et Fournier*. — Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie, Toulouse, 18 mars 1922.

Grossesse de 3 mois; — deux avortements antérieurs. — Diagnostic : Tumeur ovarienne ou fibrome pédiculé en voie de torsion. — Douleurs.

Myomectomie : Fibrome du volume d'une mandarine, pédiculé, implanté en avant de la corne antérieure droite.

Continuation de la grossesse, qui évolue normalement deux mois après l'intervention.

2. *Bonamy*. — Thèse Burty, 1908.

Grossesse de 5 mois.

Accouchement à terme.

3. *Chavannaz*. — Congrès français de chirurgie, 1919.

Grossesse de deux mois et demi. Quelques phénomènes douloureux. Tumeur. Etat général bon, mais pâleur.

Myomectomie : fibrome gros comme une orange, adhérent à l'épiploon, implanté sur la partie gauche du fond de l'utérus.

Accouchement à terme.

4. *Dartiques*. — Société des chirurgiens de Paris. — 5 janvier 1923.

Grossesse de cinq mois. Une fausse couche. Tumeur très douloureuse grosse comme un œuf de dinde.

Myomectomie : fibrome interstitiel sous péritonéal.

Accouchement à terme.

5. *Dupont*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. — 12 mars 1923.

Grossesse de quatre mois. Phénomènes douloureux.

Myomectomie : fibrome, face antérieure, du volume d'une orange; un plus petit à côté. Nécrobiose centrale.

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

6. *Metzger*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. 12 mars 1923.

Grossesse de trois mois. Tumeur et douleurs. Fibrome implanté sur la face postérieure. Dégénérescence centrale.

Continuation de la grossesse.

7. *Hartmann*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. 12 mars 1923.

Grossesse de quatre mois. Tumeur et douleurs. Fibrome implanté sur la partie antéro-latérale gauche de l'utérus et inclus dans le ligament large.

Accouchement à terme. Deuxième accouchement normal 18 mois après.

8. *Moure*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. 14 mai 1923.

Grossesse de trois mois et demi. Douleurs abdominales et tumeur dans le flanc droit. Diagnostic : kyste ovarique.

Gros myome du volume d'une tête d'adulte, pédiculé, à implantation sur la face latérale droite de l'utérus, partie moyenne.

Accouchement à terme.

9. *Hartmann*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. 14 mai 1923.

Grossesse de trois mois et demi. Tumeur et douleur. Ablation d'un fibrome pédiculé de la face postérieure au-dessous de l'isthme.

Continuation de la grossesse.

10. *Villandre*. — Société des Chirurgiens de Paris. 6 janvier 1922.

Grossesse de trois mois et demi. Gros fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme, dans le ligament large.

Myomectomie. Extirpation d'un petit kyste para-ovarien. Hémostase pénible.

Accouchement à terme.

11. *Haller*. — Société des Chirurgiens de Paris. 2 mai 1924.
Grossesse de quatre mois. Tumeur très douloureuse diagnostiquée « kyste de l'ovaire en voie de torsion ».
Fibrome sous-séreux près de la corne droite de l'utérus, du volume d'une orange.
Enucléation de deux autres noyaux, mandarine et noisette, sur la face antérieure de l'isthme.
Avortement le lendemain de l'opération. A eu une grossesse et un accouchement normaux ultérieurement.
12. *Haller*. — Société des Chirurgiens de Paris. 2 mai 1924.
Grossesse de trois mois; antérieurement deux grossesses interrompues au troisième mois. Accidents de légère occlusion. Enorme tumeur molle dans le Douglas.
Myomectomie : quatre fibromes interstitiels à développement vers la séreuse.
Accouchement à terme.
13. *Brindeau*. — Presse Médicale, 28 avril 1923.
Grossesse de cinq mois; torsion du pédicule.
Continuation de la grossesse.
14. *Brindeau*. — Idem.
Grossesse de 5 mois. Nébrobiose. Myomectomie.
Continuation de la grossesse.
15. *Brindeau*. — Idem.
Grossesse de 4 mois. Nébrobiose. Myomectomie.
Continuation de la grossesse.
16. *Brindeau*. — Idem.
Grossesse de 5 mois. Nébrobiose. Myomectomie.
Continuation de la grossesse.
17. *Brindeau*. — Idem.
Grossesse de 4 mois. Nébrobiose. Myomectomie.
Continuation de la grossesse.
18. *Brindeau*. — Idem.
Grossesse de 5 mois. Nébrobiose. Myomectomie.
Continuation de la grossesse.

19. *Brindeau*. — Idem.
Grossesse de 5 mois. Nébrosiose. Myomectomie.
Accouchement prématuré à 8 mois.
20. *Labey*. (Observation inédite.)
Grossesse de quatre mois et demi. Phénomènes
douloureux. Diagnostic : Sappingite. Deux fibromes.
Myomectomie.
Accouchement à terme.
21. *Labey*. (Observation inédite.)
Grossesse de quatre mois. Accidents douloureux
avec tuméfaction molle dans le Douglas. Diagnostic
porté : hématocele. Gros fibrome enclavé de la
face postérieure. Myomectomie de trois noyaux.
Accouchement à terme.
22. *Hamant et Vermelin*. — Société d'Obstétrique et de Gy-
nécologie de Nancy. Mai 1922.
Grossesse de trois mois. Douleurs violentes. Tu-
meur dure. Myomectomie. Fibrome inséré sur la
partie moyenne et le segment inférieur, inclus
dans le ligament large.
Accouchement à terme.
23. *Vincent, Rouvier, Dubouchet, Forget*. — Société d'Obs-
tétrique et de Gynécologie d'Alger. 8 avril 1922.
Grossesse de cinq mois. Gros fibrome adhérent à
l'épiploon. Myomectomie. Tumeur fibro-kystique.
Continuation de la grossesse.
24. *Job et Hamant*. — Société d'Obstétrique et de Gynéco-
logie de Nancy. 18 avril 1923.
Grossesse de trois mois et demi. Pas de symp-
tômes sérieux. Menace simple pour l'accouchement.
Myomectomie. Quatre noyaux.
Accouchement à terme.
25. *Tuffier*. — Société de chirurgie. 29 mars 1922.
Grossesse de trois mois et demi. Deux fibromes
volumineux remplissant le petit bassin et en partie
inclus dans le ligament large, descendant jusqu'au

plancher pelvien. Auraient certainement nécessité une césarienne à terme. Myomectomie.

Accouchement à terme.

26. *Faure*. — Société de chirurgie. 29 mars 1922.

Grossesse de six semaines. Fibrome du segment inférieur, pédiculé, enclavé dans le petit bassin.

Myomectomie.

Accouchement à terme.

27. *Faure*. — Société de chirurgie. 29 mars 1922.

Grossesse de quatre mois.

Avortement.

28. *Dujarrier*. — Société de Chirurgie, 19 mars 1922.

Grossesse de trois mois et demi. Myomectomie.

Huit fibromes dont cinq pédiculés ; deux superficiels, interstitiels.

Accouchement à terme.

29. *Brindeau*. (Observation inédite.)

Grossesse de quatre mois. Douleurs. Accidents péritonéaux. Myomectomie. Nécrobiose.

Accouchement à terme de deux jumeaux.

Observation I. — Myomectomie à 4 mois pour fibrome sphacelé implanté sur la face postérieure de l'utérus.

(Observation communiquée par les Docteurs Gaudin et Moissnard).

Mme P..., 35 ans, s'est mariée à 20 ans, n'a jamais eu de grossesse, n'a jamais fait de fausse-couche.

L'étude de ses antécédents ne nous donne aucun renseignement, elle a toujours été bien réglée.

Les règles sont supprimées pour la première fois en fin novembre. En fin décembre, elle va consulter le docteur Moissnard, car elle souffre du ventre. Celui-ci constate :

Un utérus augmenté de volume; à droite du corps utérin, et lui semblant intimement unie, une petite masse de la grosseur d'une mandarine. On envisage, à ce moment, la possibilité d'une grossesse tubaire.

Deux mois plus tard, la malade est revue, car elle souffre toujours de l'abdomen : ses règles n'ont pas reparu, et la petite tumeur précédemment sentie au toucher a augmenté de volume.

En fin février, elle va consulter le docteur Gaudin qui constate l'existence d'une énorme tumeur mobile occupant la fosse iliaque droite jusqu'à l'ombilic; cette grosse tumeur est douloureuse au palper. En outre, l'utérus volumineux a nettement la consistance d'un utérus gravide, et le diagnostic porté est fibrome compliquant la grossesse.

Les phénomènes douloureux, la mobilité de la tumeur, son volume, décident l'intervention, qui est

pratiquée le 28 février, par les docteurs Gaudin et Moissard.

Intervention. — Laparatomie sous-ombilicale.

On tombe sur un fibrome du volume d'une tête d'enfant; adhérent à l'épiploon, et implanté sur la face postérieure de l'utérus, près du fond, c'est-à-dire à développement abdominal. Il est sessile, présente une surface d'implantation des dimensions d'une paume de main.

L'utérus, grévide, est environ au quatrième mois de sa grossesse.

Après libération des adhérences épiloïques, on pratique la myomectomie suivant la technique précédemment décrite. Puis, capitonnage, et on referme le ventre sans drainage.

On administre immédiatement morphine et lavement laudanisé pour parer aux menaces d'abortum qui n'apparaissent d'ailleurs pas; les suites opératoires furent simples; actuellement la femme est en bonne santé, la grossesse continue à évoluer normalement.

Le fibrome enlevé présentait une teinte livide, marbrée; à la coupe on put constater de nombreuses zones en voie de sphacèle.

Observation II. — Sphacèle d'un fibrome pédiculé sur le fond utérin. Myomectomie, continuation de la grossesse.

(Observation communiquée par les docteurs Gaudin et Moissard).

Mme A..., 37 ans, mariée depuis 15 ans, n'a présenté

aucune grossesse antérieure, aucune fausse-couche. Réglée à 14 ans, et toujours régulièrement depuis cet âge, ses règles, de moyenne abondance, durent environ 4 jours. Toutefois, depuis un an, ces règles sont devenues plus abondantes, mais la malade n'a jamais eu de métrorragies. La date de ses dernières règles remonte au 18 septembre; cette disparition n'a entraîné aucun trouble d'ordre général; toutefois, depuis la fin d'octobre, Mme A... a constaté que son ventre grossissait avec rapidité.

Le 18 décembre elle est prise brusquement de violentes douleurs abdominales accompagnées de vomissements.

Elle s'alite et mande son médecin; elle a alors un pouls à 100 et une température rectale de 37,4; la palpation abdominale est très douloureuse. On la met à la glace.

Quatre jours plus tard, ces symptômes ne s'étant pas amendés, on appelle le D. Moissard, dans la crainte d'une fausse-couche; celui-ci demande une consultation au D^r Gaudin.

A l'examen de la malade on constate :

Par le toucher deux masses, l'une pelvienne, molle, constituée par l'utérus ravid, l'autre abdominale, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, par conséquent très volumineuse.

Au palper, cette masse abdominale est très douloureuse.

Le diagnostic posé est fibrome sphacelé compliquant la grossesse.

Devant la réaction péritonéale concomitante (douleurs extrêmes ; pouls 104, température 28,3), l'intervention est déclarée urgente.

Elle est pratiquée le surlendemain par les D^{rs} Gaudin et Moissard.

Intervention. — Laparatomie sous-ombilicale qui conduit sur un volumineux fibrome largement sessile, situé sur la partie antéro-supérieure gauche du corps utérin.

La surface d'implantation à la largeur d'une paume de main. Enfin, cette masse fibreuse est jaunâtre, infiltrée, et présente des adhérences avec l'épiploon.

On pratique, à la base du fibrome, une collerette dans le tissu utérin, puis la myomectomie est aisément effectuée ; capitonnage en deux plans de la surface utérine cruentée-suture du feuillet séreux, puis on referme sans drainage.

Pour parer aux menaces de fausse couche on fait immédiatement une injection d'un centigramme de morphine, suivie d'un lavement avec 30 gouttes de laudanum ;

La pièce enlevée était un fibrome sphacelé d'aspect noirâtre, du volume d'une grosse tête de fœtus, et présentant à la coupe un aspect jambonné.

Les suites opératoires furent très simples ; trois semaines après l'intervention la malade quitta la clinique en bonne santé. Depuis ce temps sa grossesse a continué à évoluer ; elle est actuellement près du terme.

Observation III. — Torsion dun fibrome pédiculé au 6^e mois de la grossesse. — Ablation du fibrome. — Continuation de la grossesse jusqu'à terme.

(Observation communiquée par M. le Docteur Gaudin in thèse Viel).

Mme D., âgée de 40 ans, entre à la Maternité clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes pour grossesse de 7 mois. Elle a deux enfants de 5 et 7 ans. Elle n'a jamais eu de fausse-couche.

Rien de particulier à signaler dans les premiers mois de la grossesse actuelle.

Quelques jours après son entrée à la Maternité, la malade est prise subitement de phénomènes extrêmement douloureux dans la région abdominale ; vomissements, pouls, à 120, température 37,3.

A l'examen, on note : abdomen extrêmement douloureux, défense musculaire, surtout localisée en haut et à gauche (région para-ombilicale).

La palpation profonde est impossible, en raison de la douleur et de la défense musculaire.

Le toucher vaginal n'est pas douloureux, les culs de sac sont souples ; urines normales.

En présence de ces symptômes extrêmement douloureux on pense à des phénomènes de torsion sans pouvoir poser un diagnostic précis ; toutefois, l'état de la malade semblant s'aggraver d'heure en heure, l'intervention est décidée.

Opération. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture, on constate la présence d'un épanche-

ment séro-sanguinolent peu abondant. A la partie supérieure des lèvres de la plaie, il vient saillir une masse noirâtre, de forme irrégulière et du volume d'une grosse orange.

L'examen plus attentif permet de constater que cette tumeur est réunie au fond utérin, un peu en arrière de la corne gauche, par un pédicule de la grosseur du pouce.

Il s'agit donc d'un corps fibreux sous-péritonéal pédiculeux, tordu sur son axe de gauche à droite, de 180 d. environ. Il est facile de le détordre. On le sanctionne au bistouri, et un simple point de suture permet de réunir le point excisé.

Fermeture du péritoine sans drainage.

Examen de la pièce. — La tumeur, irrégulière de forme, du volume d'une orange, présente sous une coupe microscopique un aspect truffé. Il s'agit d'un corps fibreux, rempli d'ecchymoses, dues aux troubles circulatoires de la torsion.

Au cours de la laparatomie, aucun autre fibrome n'a été constaté sur le corps utérin.

Suites opératoires normales. Pas de température. Aucune menace d'expulsion, l'évolution de la grossesse se poursuit normalement jusqu'au terme, et la malade accouche, sans difficulté, deux mois plus tard, d'un enfant vivant.

Observation IV. — Myomectomie pour fibrome à pédicule tordu (Observation communiquée par le Docteur Mitry).

Madame P..., 32 ans, domiciliée à Derval (Loire-Inférieure), est adressée d'urgence le 28 décembre 1920 au D^r Rivet, par le D^r Arondel, sans diagnostic précis : douleurs, vomissements, défense de la paroi abdominale.

Mariée le 24 septembre 1920, elle a toujours été bien réglée, n'a eu ni fausse-couche ni grossesse antérieure ; ses antécédents ne nous fournissent aucun renseignement. Ses dernières règles remontent au 14 septembre ; elle a donc un retard de deux mois et demi environ.

Cinq ou six jours auparavant, elle a été prise de douleurs abdominales, sans température, et son médecin a constaté la présence d'une masse douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Le 28 décembre, les phénomènes douloureux et péritonéaux devenant inquiétants, le D^r Arondel fait transporter d'urgence la malade à la clinique du D^r Rivet, où l'on décide l'intervention immédiate.

Intervention. — Laparatomie sous-ombilicale.

On tombe sur un fibrome à pédicule tordu, gros comme une orange, inséré sur la partie droite du dôme utérin. L'utérus, gravide, est à trois mois environ.

Myomectomie, hémostase facile de la surface utérine cruentée, étant donnée son exiguité.

Suture, pas de drainage.

Suites opératoires parfaites, sans coliques utérines.

Accouchement quelque peu laborieux le 9 jdin 1921.
Depuis l'accouchement, la femme en bonne santé;
bien réglée.

Elle n'a pas eu d'autre grossesse.

*Observation V. — Fibrome nécrobiosé. — Myomec-
tomie au 4^e mois ; guérison et continuation de la
grossesse (par Brindeau et Devé. in thèse Leroux).*

Madame M..., 33 ans, a été vue pour la première fois par le D^r Ch. Devé, le 10 décembre 1921, à l'occasion du travail d'accouchement. Il constate la présence d'une présentation du sommet en O. I. G. P., un écoulement de méconium. Forceps simple sur le sommet dans l'excavation. Enfant vivant pesant 2.420 grammes.

Avant l'extraction de l'enfant, on constate l'existence d'un fibrome gros comme une noix, pédiculé ; vers la corne utérine droite.

Suites de couches probablement physiologiques, ou à peu près, mais la température n'a pas été prise. D'ailleurs, la vieille sage-femme qui a fait appeler le D^r D. pour terminer l'accouchement n'a qu'un très vague souci de la propreté.

Mme M... n'a pas nourri son enfant. Elle a eu son retour de couches à la date normale avec son aspect habituel. Deux périodes de règles ont suivi durant 3 à 4 jours, peu abondantes, espacées par un intervalle de 30 jours.

Les dernières règles datent du 7 au 11 avril. Depuis, petits signes habituels de grossesse.

Cette femme, sachant qu'elle avait un fibrome, s'adresse, suivant les conseils d'une amie, au D^r X... qui « soigne les fibromes par l'électricité. »

Ce médecin constate l'existence d'une petite tumeur latérale à droite de l'utérus. Comme celui-ci est volumineux, malgré l'absence de règles, à laquelle il n'attache pas immédiatement l'importance qu'elle comporte, il fait un cathétérisme utérin (pensant probablement à l'existence d'un utérus fibromateux). L'hystérométrie indique une cavité de 13 centimètres. Léger suintement rouge consécutif. C'est le seul suintement sanguin qu'il y ait eu depuis la disparition des règles.

Avant de commencer le traitement, pensant à la possibilité d'une grossesse, le D^r X..., l'adresse au D^r D..., qui avait déjà vu antérieurement la patiente.

Examen du 22 juin 1922.

A l'examen, grossesse utérine évidente de deux mois environ. A droite de l'utérus, on constate l'existence d'une petite tumeur lisse, régulière, arrondie, du volume d'une noix, ayant une consistance rappelant celle de l'ovaire dont elle a également la sensibilité. Mais l'examen n'est pas douloureux à proprement parler. Cette tumeur est haut placée, dans la partie supérieure du ligament large, et n'est que très peu mobile. Son extrémité interne s'est distante de l'utérus que de 3 cm. et lui est rattachée par un cordon gros comme une trompe normale.

Le diagnostic hésite entre un fibrome (peu probable)

un noyau de salpingite chronique, une petite grossesse extra-utérine coïncidant avec une grossesse utérine. On renvoie la malade au 5 juillet.

Examen du 5 juillet.

Depuis six jours, la malade se plaint de souffrir du côté droit, modérément d'ailleurs, mais elle souffre même au lit. Toujours pas de perte de sang ; pas de fièvre, semble-t-il. L'utérus a continué de grossir, et atteint les dimensions d'un utérus gravide de plus de deux mois.

La tumeur para-utérine a plus que doublé de volume et affecte la forme d'un alet, allongé parallèlement à l'axe de la trompe ; lisse toujours, régulière, de consistance résistante, elle est franchement douloureuse au palper-toucher.

Le diagnostic hésite entre salpingite se réveillant et grossesse extrautérine ; ce dernier diagnostic paraît plus probable.

Laparatomie, le 13 juillet 1922, par M. le D^r Brindeau.

Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. L'utérus est fixé à la paroi par une bride péritonéale longue et très résistante ayant le diamètre d'une sonde cannelée. Section de cette bride entre deux pinces. La main va à la recherche de la tumeur. Il s'agit d'un fibrome du volume d'un œuf de poule. Il est impossible de l'amener au dehors, parce qu'il est situé dans le ligament large, immédiatement en avant des annexes. D'autre part, il est fixé à l'utérus par un pédicule de la largeur d'une pièce de un franc environ.

Incision du pédicule et section du ligament large entre deux pinces. Enfouissement de la plaie utérine, l'ovaire et la trompe sont sains.

A l'examen de la pièce on s'aperçoit qu'elle a la forme d'un gros champignon dont le pied est dur et la couronne molle.

A la coupe, le fibrome est nettement hémorragique presque détaché de sa capsule. Le pôle extérieur du brôe forme un kyste hématique.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le 30 juillet.

Examen histologique. Pièce manifestement nécrobiosée. Grandes zones colorées en rose ou rouge (Van Gieson) ne présentent aucune structure cellulaire autre qu'une vague ondulation fasciculée. Elles sont entourées de zones de tissu fibromateux parfaitement coloré et bien différencié.

Dans certains points, les éléments sont dissociés par de l'œdème. D'autres points, plus compacts et absolument normaux, sont parcourus par des vaisseaux dont la lumière est perméable.

Observation VI. — Myomectomie pour fibrome gravidique nécrobiosé (par M. le Dr Brindeau, in thèse Leroux).

Mme C., 29 ans, primipare, entre à la maternité de l'Hôpital de la Pitié, le 15 juin, enceinte et souffrant du bas-ventre.

Rien d'intéressant à retenir dans l'étude de ses an-

técédets tant héréditaires que personnels. Elle a eu, à 14 ans, une dothiémentérie légère, elle a été réglée vers la même époque, et toujours de façon régulière.

Ses dernières règles datent du 15 au 21 février 1922. Mais dès avant le début de sa grossesse elle accusait des douleurs assez vives, dans la région hypogastrique, surtout à gauche. La fatigue accentuait ses douleurs.

L'examen révèle au palper une masse dure, très mobile, située dans la fosse iliaque gauche. Au toucher-palper, on trouve un utérus gravide de 4 mois environ, d'une hauteur de 11 cm. A gauche, on peut saisir entre le doigt vaginal et la main abdominale, une masse du volume d'une grosse mandarine, dure, irrégulière, très mobile, et n'adhérant nullement à l'utérus, qui est incliné à droite.

Cette masse est très sensible, sans être particulièrement douloureuse à l'examen.

Laparatomie le 19 juin 1922. M. le D^r Brindeau. Anesthésie à l'éther.

Incision sous-ombilicale. L'utérus gravide se présente. Il est très mou. En passant la main dans l'abdomen, on extériorise le fibrome qui siège près du bord gauche, non loin de l'insertion du pédicule ovarien. Ce fibrome est lobulé, gros comme un abricot, nettement sous-péritonéal, tangeant à la courbe utérine. On décortique la tumeur en la rasant de près, de façon à garder le plus possible le péritoine. La surface cruentée revient sur elle-même ; elle est de la largeur d'une pièce de cinq francs. Hémorragie en nappe, suture en

plusieurs plans. On arrive ainsi à arrêter l'hémorragie. Fermeture en trois plans.

La tumeur sectionnée présente certains points d'aspect mollassé, donc probablement en voie de dégénérescence.

Le 20 juin au soir, la femme est prise d'un point de côté violent à la base droite. L'examen décèle une diminution de la respiration à ce niveau et quelques râles. Le 21 juin, avortement. Le fœtus est expulsé, et quelques heures après on extrait artificiellement le placenta. Le ventre est souple, mobile avec la respiration, non ballonné, non douloureux.

Le 22 juin, lavage d'estomac, qui extrait un liquide très brunâtre non fétide. La congestion pulmonaire à ce moment est bi-latérale ; à droite zone de matité à la base, murmure vésiculaire aboli. Autour, râles crépitants ; à gauche, râles crépitants sans matité. Température 39,5 ; pouls 140.

Le 23 juin, le pouls et la température continuent à monter. Température 40,5 ; pouls 160, mort à 16 heures.

Examen histologique de la pièce. — La plus grande partie des coupes est constituée par du tissu fibromateux normal. En certains points se trouvent des plaques peu étendues au niveau desquelles la coloration est très pâle. Aucun fait de structure histologique n'apparaît en ces points nécrobiosés.

Observation VII. — Fibrome nécrobiosé de l'utérus. — Césarienne suivie de myomectomie. — Enfant vivant. — Guérison. (Par M. le professeur Brindeau, in thèse Leroux).

Mme N... Henriette. 37 ans, primipare, réglée vers l'âge de 15 ans, assez régulièrement réglée depuis lors. Ne présente rien de spécial dans ses antécédents. A vu ses dernières règles du 26 février au 1^{er} mars, a perçu les mouvements actifs vers 4 mois 1/2. Est entrée le 22 novembre à la clinique Tarnier, près du terme, ayant été vue à la consultation, où on a fait le diagnostic de fibrome compliquant la grossesse. Elle raconte avoir fait une hémorragie ayant duré environ deux heures au troisième mois de sa grossesse.

Examen obstétrical. Tête mobile, élevée, dos à gauche, enfant vivant. Par le toucher combiné au palper, on sent en avant du col qui est long, non déhiscent et situé en avant, une petite masse dure, peu volumineuse, siégeant entre la paroi abdominale et le doigt qui touche. Il s'agit probablement d'un fibrôme de la paroi antérieure.

En arrière, on sent une grosse masse, pouvant, à un premier examen, être prise pour une tête fœtale, mais elle est plus irrégulière, plus molle et très douloureuse au palper. Elle paraît d'ailleurs peu mobile et le palper montre la situation plus élevée de la tête. Il s'agit vraisemblablement d'une grosse masse fibromateuse située en avant de la tête fœtale et empêchant de la percevoir au toucher.

Rien d'anormal à l'examen général.

Laparatomie le 7 décembre. — M. le professeur Brindeau et M. Vaudescal.

Césarienne et myomectomie pour fibrome proëvia.

Incision sous-ombicale. On incise l'utérus directement sur le segment inférieur. La tête se présente, on saisit le fœtus par le cou et on l'extraît. Garçon pesant 3.080 grammes. Délivrance facile. Suture du segment inférieur à la soie. Extériorisation de l'utérus. La main plongée dans le Douglas, reconnaît la tumeur, grosse comme une tête foetale, très adhérente, encapuchonnée dans le ligament utéro-sacré droit ; on rompt les adhérences à la main et on l'extérieure facilement.

Le pédicule est assez gros, comme le pouce ; on l'extériorise en empiétant sur la tumeur. Hémorragie modérée, fil en V hémostatique, surjet d'enfouissement et surjet séro-séreux. A l'examen du Douglas, on s'aperçoit qu'une des adhérences saigne, on met un point de suture. On revient à l'incision de la césarienne et on place des catguts superficiels.

L'utérus était tordu sur son axe ; le point d'implantation de la tumeur était immédiatement en arrière du ligament rond ; par conséquent, la tumeur tirait sur le bord gauche de l'utérus ; et tordait l'organe en sens inverse des aiguilles d'une montre.

La tumeur a la forme d'un rein, en dégénérescence, et présente une coque d'aspect normal.

Masse du volume du poing, longueur de 15 cm. sur 8 cm. de large ; poids 435 grammes.

Examen de la pièce.

Fibrome ovoïde, encore revêtu de sa coque fibreuse,

sauf au niveau de sa surface d'implantation sur l'utérus, surface grisâtre, bosselée de noyaux fibromateux saillants. Consistance ramollie, donnant une impression élastique très spéciale. L'incision d'un des nodules fibromateux saillants le montre ramolli au centre, comme par une bouillie pulpeuse gris chamoisé.

Quand on pratique une coupe de la tumeur, les deux surfaces de section séparées sont lisses, brillantes, leur couleur est grisâtre, mastic, caoutchouc, tendant vers le chamois avec des tonalités marbrées verdâtres : sa consistance est nettement inférieure à celle des fibromes normaux : elle est élastique et molle.

La section a ouvert plusieurs petites cavités dont le tissu fibromateux est farci dans la masse. La surface de section présente une douzaine de ces logettes : il en existe d'autres qui apparaissent quand on pratique des coupes perpendiculaires la première. Les plus grandes de ces cavités sont du volume d'une coque de noisette. Chacune d'entre elles contient une substance plus ou moins déliquescence, soit tout à fait fluide, soit pulpeuse, soit plus consistante. De certaines logettes, du liquide clair s'écoule tout d'abord, et il ne reste plus qu'une sorte de matière gardant encore une structure fibrillaire, mais qui s'effrite dès que la pinette vient à son contact : une sorte de paroi mince délimite la cavité. Elle est constituée par une petite zone très visible à la coupe, et qui est d'une teinte jaunâtre un peu plus claire que les tissus nécrobiosés.

Examen histologique. — On distingue sur les coupes

des altérations variées et mélangées, sans limites précises de démarcations. Il existe des zones normales avec fibres lisses et fibres collogènes bien différenciées. D'autres zones présentent les mêmes éléments histologiques, mais dissociées par de l'infiltration co-demateuse. Enfin, il existe des plages de matière nécrosée, constituée par une zone uniformément colorée en rouge, qui envoie des prolongements dans le tissu sain. Cette substance amorphe est traversée par des fibres musculaires, reconnaissables seulement à leur coloration jaune (Van Gieson, mais très atrophiées, sans noyau, sans autre caractère que leur apparence fasciculée.

Examen bactériologique. Frottis, sur lame, d'un fragment de pulpe cavitaire : négatif. Bleu de méthylène et Gram : négatif.

Ensemencement sur gelose : négatif.

Enemencement sur bouillon : négatif.

Esnemencement sur gélose profonde : négatif.

Observation VIII. -- Fibrome tordu et nécrobiosé, myomectomie au cinquième mois. Guérison. (P. Brindeau in thèse Leroux).

L...e Henriette, âgée de 37 ans, 41^e pare, entre le 4 décembre 1921 à la Maternité de la Pitié, parce que sa grossesse est devenue douloureuse depuis quelque temps déjà. Rien de spécial à noter dans ses antécédants. Elle a eu une rougeole dans l'enfance, 3 angines. Elle a un garçon de 13 ans.

Les dernières règles datent du 6 au 14 juillet 1921.

La grossesse s'est ensuite développée normalement. Elle a commencé à percevoir les mouvements actifs le 2 novembre, mais déjà un peu auparavant, elle avait ressenti, un jour, une douleur abdominale assez vive, qui s'était calmée dans la suite, et à laquelle elle n'avait pas prêté attention. Cette douleur ayant reparu la femme est venue consulter. On trouve un utérus d'environ 5 mois, normalement développé. Le ballottement foetal est nettement perçu par la palpation abdominale et par le toucher ; de plus, au niveau du fond de l'utérus on perçoit une masse qu'il est assez difficile de bien délimiter et qui est sensible à la palpation ; elle semble assez peu mobile, et cependant indépendante de l'utérus ; sa consistance semble dure. On porte le diagnostic de fibrome compliquant la grossesse, et l'on décide de pratiquer la laparatomie.

Laparatomie le 6 décembre 1921.) M. Pr. Brindeau).

Incision circulaire sur le pédicule, en ayant soin de prendre une collerette sur la tumeur elle-même. Décollement de cette collerette, ablation du fibrome. Hé-morragie nulle. Capitonage en 2 plans. Surjet sur le bord du péritoine, suture en 3 plans de la paroi. Opération très simple, sous-anesthésie chloroformique. On n'a pas eu besoin de sortir l'utérus.

Suites opératoires très simples. La malade sort guérie le 24 décembre 1921.

L'examen histologique montre, d'une part, du muscle utérin normal, bien coloré, avec des fibres lisses, leur noyau, leur aspect fasciculé ; d'autre part, des sur-

faces ayant à peine pris le colorant se distinguant seulement, par une apparence vaguement fibrillaire, d'une substance absolument amorphe. Quelques vaisseaux se présentent sur la coupe, dans la partie musculaire.

Observation IX. — Fibrome et grossesse. — Myomectomie. — Avortement consécutif. (Observation empruntée à Goinard et Pouget, dans la Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, octobre 1924).

Mme V.... âgée de 32 ans, a toujours eu une bonne santé et ne présente rien, dans ses antécédents personnels et héréditaires, qui soit à signaler.

Elle a été réglée à 17 ans. La menstruation a toujours été normale et régulière. Elle s'est mariée pour la première fois à 39 ans, et n'est restée mariée que 3 mois, son mari ayant succombé à une affection pulmonaire.

Au cours de cette première période conjugale, aucune modification des règles.

Elle se remarie 18 mois plus tard en octobre 1923, et elle est réglée pour la dernière fois au début de novembre. La suppression des règles ne s'accompagne d'aucun phénomène sympathique de grossesse autre qu'une légère augmentation de volume des seins.

Le 15 mars, à l'entrée à l'hôpital, on constate que l'abdomen est distendu par une tumeur arrondie, présentant environ les dimensions d'un utérus gravide de 7 mois. Le développement n'est pas symétrique, mais plus accusé à gauche ; le palper permet de sentir le

pôle supérieur de la tumeur au niveau de l'hypocondre gauche, tandis que la tumeur s'élève un peu moins haut sur la ligne médiane, et qu'à droite elle est séparée du bord costal par un intervalle de 6 centimètres.

Elle ne descend pas dans le bassin, l'extrémité des doigts qui pratiquent le palper plonge sous elle dans l'excavation. On distingue dans la masse deux tumeurs, ou deux parties de tumeur de consistance différente ; la plus grosse située en haut et à gauche, est dure, arrondie, légèrement mobile ; la plus petite, située en bas et à droite occupant l'hypogastre, la fosse iliaque droite et une partie de la région ombilicale est de consistance plus molle, la consistance de l'utérus gravide.

Ces deux parties sont relativement indépendantes, la plus élevée étant légèrement mobilisable.

Au toucher, l'excavation est vide, on atteint difficilement en haut et à gauche, un col petit, conique, un peu ramolli; cette déviation latérale gauche du col de l'utérus résulte de la déviation en sens inverse du corps utérin qui forme la tumeur molle, refoulée à droite par la partie la plus dure occupant la zone supéro-latérale gauche de l'abdomen.

L'évolution de la tumeur et l'ensemble des signes font porter le diagnostic de grossesse de quatre mois compliquée de fibrome sous péritonéal. La distension déjà notable de l'abdomen, les difficultés à prévoir, surtout chez une primipare de cet âge, nous font dé-

cier l'opération, qui doit être une myomectomie conservatrice.

Opération le 29 mars. — Anesthésie à l'éther, laparatomie médiane sous et sous-ombilicale, extériorisation de la masse formée par l'utérus et le fibrome. Ce dernier est implanté sur la partie latérale gauche de l'utérus, dont il égale presque le volume. Il lui adhère par une large surface. Le feuillet péritonéal est incisé circulairement sur le fibrome de manière à conserver une collerette de péritoine. On trouve facilement un pla de clivage permettant la décortication du fibrome, qui est effectuée rapidement, laissant une vaste surface cruentée sur la paroi utérine amincie.

Suture hémostatique à plans superposés réduisant la surface cruentée et suture du feuillet péritonéal. Réduction de l'utérus dans l'abdomen, fermeture de la paroi.

Les jours suivants, balonnement abdominal, facies un peu grippé; température ne dépassant pas 38°. Dès le lendemain de l'opération, légères pertes sanguines, qui reparaissent par intermittences jusqu'au 7 avril, jour où elles s'accompagnent de contractions utérines.

L'avortement s'effectue le 10 avril à 4 heures, le treizième jour après l'opération.

La convalescence est ralentie par des troubles intestinaux et généraux; oedème des membres inférieurs sans albuminurie.

La malade quitte finalement l'hôpital en bon état le 28 mai.

Observation X. — D'après Ribemont, Dessaignes et Grosse, in thèse Viel, 1920). — Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. — Grossesse de quatre mois. — Symptômes de torsion du pédicule. — Ablation du fibrome et conservation de l'utérus. Continuation de la grossesse jusqu'au terme.

Mme A. L..., âgée de 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité de Beaujon, dans le service de Ribemont-Dessaignes.

Aucun antécédent héréditaire ou pathologique notable. Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été régulières, jamais de pertes blanches, jamais de fausse-couche.

Mariée depuis sept moi, elle est enceinte pour la première fois.

Les dernières règles ont eu lieu du 24 au 26 janvier.

Depuis le début de sa grossesse, cette femme, bien qu'ayant une santé satisfaisante, vomit tous les matins un liquide bilieux, verdâtre assez abondant. Elle a remarqué que son ventre grossissait beaucoup depuis quelques semaines.

Le lundi 1^{er} juin, dans la matinée, la malade, qui n'a jamais souffert du ventre antérieurement, est prise brusquement d'une violente douleur abdominale, qui l'oblige à s'aliter. Les douleurs persistent toute la journée, et toute la nuit. Le mardi 2 juin, elle fait appeler un médecin qui ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le mercredi, constatant qu'il n'y a aucune amélio-

ration, le médecin traitant conseille à la malade de se faire transporter à la Maternité de Beaujon, où elle entre à 5 heures du soir.

Par le palper abdominal, on constate la présence d'un utérus gravide de 4 mois, remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur occupant toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur, très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche où elle se dessine sous la paroi abdominale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus.

Cette tumeur est accolée à l'utérus, mais nettement distincte de lui. A son niveau, le palper le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale, tandis qu'au niveau de l'utérus à droite, il est peu sensible et facile à pratiquer.

Le toucher combiné au palper, montre un col utérin ramolli.

Les culs de sacs vaginaux sont libres, et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur, très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative. La malade n'a pas perdu de sang et n'a pas expulsé de débris membraneux. Pas de vomissements, état général bon. Pouls un peu rapide (115 mais bien frappé, température 37,4, langue humide.

Diagnostic. — Grossesse de quatre mois, compliquée de kyste de l'ovaire, ou de fibrome utérin à pédicule tordu.

Traitement. — Glace sur le ventre, morphine.

Jeudi 4 juin, Pouls à 112, température, 37,2.

Douleurs toujours très vives au niveau de la tumeur.

En présence des symptômes de torsion du pédicule que présente la tumeur, M. Ribemont-Dessaignes décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve un fibrome pédiculé de l'utérus implanté sur la partie postéro-latérale gauche un peu au-dessus et en arrière de la trompe : L'utérus est refoulé à droite, en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion exagérée qui porte vers la droite sa face antérieure.

La tumeur, d'aspect réniforme, appuie sur l'utérus par ses deux extrémités. Du hile de la tumeur part un pédicule court qui s'implante sur l'utérus. Ce pédicule ne présente qu'un très léger mouvement de torsion, mais il est fortement étiré, ce qui explique les symptômes d'étranglement observés. A la surface de la tumeur, on voit de nombreuses arborisations vasculaires partant toutes du pédicule de la tumeur en divergeant en éventail sur sa face antérieure. Le pédicule du fibrome, du diamètre d'une pièce de 2 fr. est sectionné au bistouri. Le tissu utérin saigne assez abondamment, en nappe.

Hémostase au thermocautère, et par capitonnage au catgut, de la plaie utérine. Les bords en sont rapprochés de manière à accoler leur surface péritonéale.

Fermeture du ventre sans drainage.

Examen de la pièce. — Le fibrome, du poids de 510 grammes est réniforme, dur. A la coupe, le tissu de la

tumeur est pâle, anémié. Au niveau d'une de ses extrémités, il présente à son centre une zone ramollie, de couleur foncée offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

Suites opératoires simples. — Morphine pendant trois jours. Aucune menace d'avortement.

La malade quitte la Maternité le 7 juillet.

L'utérus dépasse l'ombilic de 1 à 2 travers de doigt. On n'entend pas les bruits du cœur foetal, mais on perçoit très nettement les mouvements actifs.

Accouchement le 7 novembre. — Présentation en O. I. G. A. Enfant vivant de 3.150 grammes. Délivrance normale.

Observation XI. — Fibrome enclavé du petit bassin.

— Crises douloureuses au deuxième mois de la grossesse. — Myomectomie. — Guérison.

(In thèse Fontaine 1914. Publiée par Hardouin dans les Archives Générales de Chirurgie. — Décembre 1907.

Mme X... âgée de 28 ans, jouit d'une bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à 14 ans, elle a continué à l'être régulièrement tous les mois depuis cette époque. Ses règles sont abondantes, durent une huitaine de jours et semblent avoir un peu augmenté depuis quelques mois. Elle ne semble pas avoir eu de métrorragie.

Mariée il y a six mois, elle a eu une suppression de règles au bout de deux mois et a présenté alors tous

les signes habituels d'une grossesse au début, quelques vomissements (Pigmentation et augmentation de volume des seins). Mais bientôt, sur ces symptômes de grossesse, sont venus se greffer des malaises plus sérieux, qui, par leur persistance et leur intensité, ne tarderont pas à inquiéter la malade et son entourage.

Des douleurs vives dans le bassin, irradiées aux cuisses et aux lombes, accompagnées de fréquents besoins d'uriner, une constipation opiniâtre, jointe à un état de dépression et de fatigue extrêmement marqués, obligent la malade à venir consulter et à entrer dans une maison de santé de Rennes en mars 1905.

A l'examen de cette femme, nous constatons, par le palper, que tout le bassin est occupé par une tumeur arrondie assez régulière, dure, résistante, immobile à la palpation. Le volume de cette masse est comparable à celui d'une tête de fœtus à terme. Elle fait saillie à deux ou trois travers de doigt au-dessus du détroit supérieur ; matité complète. Le toucher vaginal permet de constater que le col de l'utérus, très ramolli, est fortement dévié de sa situation normale, refoulé en avant sous la symphose et notablement abaissé.

En arrière, en portant le doigt dans le cul de sac postérieur, on sent nettement une masse pseudo-élastique donnant une sensation un peu mollassse sous le doigt. Au contraire, en avant, nous constatons la présence d'une masse volumineuse dure, faisant corps avec l'utérus. Cependant un large sillon de séparation existe en ce point au-dessus du col.

Le palper associé au toucher permet d'étudier com-

plètement la tumeur et de délimiter ses dimensions, sa forme, ses rapports. On constate ainsi que cette tumeur est complètement immobilisée, enclavée dans le bassin, l'utérus est situé en arrière, la partie postérieure étant constituée par une masse en continuité avec l'utérus.

Le diagnostic porté est fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, compliqué de grossesse et enclavé dans le bassin. L'état général n'est pas mauvais. Pas d'albuminurie. En présence des troubles présentés par la malade et devant la certitude d'un avortement précoce, si on laisse les choses dans cet état ; étant donné d'autre part les dangers auxquels serait exposée la mère du fait de cette fausse-couche, dans les circonstances actuelles, nous nous décidons à intervenir.

L'opération est pratiquée le surlendemain, (M. le Professeur Dayot, opérateur, et M. Hardouin, Chef de Clinique comme aide).

Laparatomie sous-ombilicale large.

Nous tombons sur une tumeur qui présente bien tous les caractères d'un fibrome utérin, et avec quelques efforts, nous arrivons à désenclaver la masse et à la tirer au dehors. Nous constatons alors que nous sommes en fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, du volume d'environ deux poings.

La tumeur fait absolument corps avec la paroi utérine, formant une saillie hémisphérique en avant, sans posséder à proprement parler de pédicule.

Nous incisons les couches superficielles de la matrice, jusqu'au fibrome, et nous décortiquons aussi rapide-

ment que possible la masse de la tumeur. Cette dissection conduit jusqu'au niveau de la muqueuse utérine que nous apercevons flasque sous le doigt au fond de la plaie, une fois le fibrme complètement énuclée.

Au moyen de 3 à 4 catguts en U passés profondément de part en part des deux côtés des lèvres de la plaie, nous capitonnons sommairement la perte de substance; un surjet à la partie superficielle assure la péritonisation.

Au moment de tout réduire dans le ventre, nous constatons qu'en désenclavant la masse, un petit fibrôme, de la grosseur d'un œuf de poule, a été arraché, laissant une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs, très saignante. C'est à grand'peine, et après de nombreux passages de fils, que nous pouvons arriver à arrêter en partie l'hémorragie, l'utérus continuant à saigner par les trous faits avec l'aiguille.

Aussi sommes-nous obligés de tamponner légèrement le fond de l'utérus avec deux mèches de gaze, puis nous refermons enfin la paroi abdominale sauf en bas pour le passage des mèches.

Dans l'après-midi on donne à la malade un lavement avec 30 gouttes de laudanum, le lendemain matin le pansement est refait. Il a été souillé par un liquide noirâtre abondant qui a coulé entre les mèches, montrant bien qu'il s'est produit un suintement intra-péritonéal abondant. On enlève une des mèches, la malade est très fatiguée, déprimée, mais le pouls est bien frappé; pas de température.

Vingt-quatre heures après, ablation de la seconde

mèche, la malade se sent mieux, elle n'a aucune lourdeur dans le ventre, seulement une vague sensation de gêne.

A partir de cette date, rien à signaler et trois semaines après l'intervention, la plaie était complètement cicarisée.

A ce moment la malade a présenté quelques malaises se traduisant par de la céphalée, un peu de température le soir, des vomissements et un peu d'albumine, c'est dans cet état qu'elle a tenu à quitter la maison de santé, cinq semaines après l'opération, pour rentrer chez elle. Après un repos d'une quinzaine de jours, ces troubles ont complètement disparu et la malade a continué normalement sa grossesse. Elle a accouché à terme d'un enfant du sexe masculin du poids de 3 k. 300. Le travail a été normal, l'accouchement terminé par forceps sur le périné.

Par contre, délivrance artificielle particulièrement pénible par suite de l'adhérence extrême du placenta à la paroi utérine. Les suites de couche ont lieu sans incident; la mère et l'enfant sont actuellement en bonne santé.

CONCLUSIONS

I. — La myomectomie abdominale au cours de la grossesse doit, comme les autres interventions chirurgicales, constituer une exception.

II. — Elle reconnaît deux sortes d'indications ; celles, péremptoires, que lui constituent les accidents de nécrobiose, de torsion des fibromes ou les manifestations aiguës de compression et d'altération de l'état général.

Celles, plus relatives, basées sur les craintes sérieuses de dystocie future, les connexions de la tumeur avec l'utérus gravide et la variété anatomique du fibrome.

III. — On doit la pratiquer d'urgence quand les symptômes la commandent; entre le troisième et le quatrième mois, lorsque l'état de la femme permet de la différer sans danger.

IV. — Elle est contre-indiquée dans les cas de

fibromatoses aiguës à marche galopante, dans ceux de fibromes multiples dont l'ablation entraînerait de trop vastes délabrements utérins. Elle reconnaît en somme comme contre indications principales les indications formelles de l'hystérectomie.

V. — Sa technique est simple, mais, pour présenter le maximum de sécurité, elle doit se réaliser dans les conditions les plus favorables possible, c'est-à-dire :

S'adresser à une tumeur d'extériorisation facile ;

S'opérer dans un milieu aseptique.

VI. — En général, ses résultats immédiats sont favorables pour la mère et pour l'enfant si l'on prend les précautions nécessaires.

Au moment de l'accouchement il faudra surveiller attentivement le travail, en cas de menace de rupture utérine, complication tout à fait exceptionnelle, mais particulièrement redoutable.

VII. — C'est, en un mot, l'opération la plus favorable, la plus rationnelle à tenter dans un fibrome gravidique, mais, tout en restant l'opération de choix, elle n'exclut pas de ce fait l'hystérectomie et les autres interventions obstétricales qui conservent leurs indications bien définies.

Vu : le Doyen,

Vu le président de la thèse,

ROGER.

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Berniolle.* — Thèse Paris 1906. Les fibromes sous-péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse.
- Berger.* — Thèse Paris 1907. Suppuration des fibromes au cours de la puerporalité.
- Blanchard.* — Thèse Paris 1907. Torsion des fibromes sous-séreux pendant la grossesse.
- Benoit-Gonin.* — Thèse Lyon 1923. Contribution à l'étude des grossesses après la myomectomie.
- Burty.* — Thèse Paris 1907. Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse.
- Didier.* — Gazette des Hôpitaux, Paris-Août 1922.
- Fontaine.* — Thèse Paris 1914. De la myomectomie au cours de la grossesse.
- Grosse.* — Thèse Paris 1902. Interventions chirurgicales dans les grossesses compliquées de fibromes.
- Goullioud.* — Presse Médicale février 1922. Grossesses après la myomectomie.
- Goinard.* — Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris 1920. Myomectomie suivie d'avortement.
- Heineck.* — Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux. Septembre 1920. Etude analytique de 380 observations de fibromes compliquant la grossesse.

- Haller.* — Société des Chirurgiens de Paris 2 mai 1924.
Hubbard. — American Journal Obstetric 1905. P. 317).
Jamain. — Fibromes utérins et puerpéralité Th. Paris 1917.
Joubert. — Th. Paris 1907. Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibromes.
Jeannin. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Déc. 1923.
Labbey. — Rapport du 33^e congrès français de chirurgie.
Leroux. — Thèse Paris 1923. Contribution à l'étude de la nécrobiose dans les fibromyomes de l'utérus gravide.
Lefour. — Thèse d'agrégation Paris 1913.
Piquaud et Lemelaud. — Altération des fibromes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité (Revue de Gynécologie 1909, p. 437.
Turner. — Thèse Paris 1900. Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques.
Viel. — Thèse Paris 1920. Contribution à l'étude des fibromes gravidiques.





